

VID Diakonhjemmet Høgskole

Master i familierapi og systemisk praksis

MAFAM 2013-II

Bjarne Midttømme

Masteroppgave i familierapi og systemisk praksis

Psykoedukativt familiesamarbeid i ACT-team

Erfaringer fra psykoedukativt familiesamarbeid i ACT-team

En kvalitativ studie



Innleveringsfrist: 31.05.17

Antall ord: 27847

Veileder: Professor Atle Ødegård, Høgskolen i Molde

Forord

Jeg ble introdusert for psykoedukativt familiesamarbeid i april 2015 da teamet jeg arbeider i, samlet dro på kurs på TIPS Helse Sør-Øst. Entusiastiske og dyktige kursholder vekket interessen for metoden og beslutningen min om å fullføre de to siste årene på master i familieterapi og systemisk praksis ble tatt. Jeg visste med en gang at jeg ville skrive oppgave om ACT og psykoedukativt familiesamarbeid, men prosessen så tung ut. Når jeg nå er i slutfasen har tiden gått fort og arbeidet har blitt lettere enn trodde takket være gode hjelpere rundt meg.

Takk til veileder Atle Ødegård for å ha fått meg til å lage en god plan, bekrefte det jeg har gjort bra underveis og for å ha vært tydelig på forbedringsmulighetene. Samarbeidet har vært lett og konstruktivt. Lærer Siv Myra på VID har hele tiden fått meg til å ha troen på at jeg skal komme i mål og gode medstudenter har gitt nyttige innspill underveis. Stor takk til bibliotekar Trond-Are Johnsen ved Molde sykehus som fikk meg i gang med EndNote, litteratursøk og trofast har foret meg med materiale i takt med forespørslene mine. Liv Nilsen har gjennom samtaler underveis fått meg til å føle meg som en forsker. Takk også til intervjuassistentene ved fokusgruppeintervjuene. Gode teamkollegaer har tatt unna for fraværet mitt og vært heiagjeng.

Størst takk til min kjære Ingeborg har levd med bøker og papirer strødd på kjøkkenet i lang tid og vært trofast motivator. Uten støtte på hjemmebane hadde prosjektet blitt tungt. Stor takk også til barn og barnebarn som har huset meg under studiebesøk i Oslo og gitt mye hygge og støtte.

Sammendrag

Oppgaven handler om psykoedukativt familiesamarbeid (PEF) i ACT-team. ACT-modellen og PEF er begge såkalte evidensbaserte metoder. Hovedmål for oppgaven har vært å eksplorere ansattes erfaringer med bruken av psykoedukativt familiesamarbeid som behandlingsintervensjon i ACT-team. Delmål har vært å undersøke ansattes erfaringer med å tilpasse psykoedukativt familiesamarbeid til ACT-konteksten, undersøke ansattes erfaringer med psykoedukativt familiesamarbeid med ulike pasientgrupper samt å undersøke hva som har bidratt til oppstart og drift av psykoedukativt familiesamarbeid i ACT-team.

Målsettingen belyses ved å presentere ulike systemiske teorier samt gi en grundig innføring i PEF, gjøre et litteratursøk og intervju tre behandlingsteam. Intervjuene ble gjort som fokusgruppeintervjuer. Jeg har brukt Malteruds versjon av systematisk tekstkondensering, inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse.

Jeg fant at PEF blir oppfattet som et godt verktøy i familiearbeidet og styrker relasjonen til pasienten og familien. Manglende ressurser medfører at teamene må gjøre utvelgelse av deltakere, men metodikken tilflytter likevel flere pasienter. Det er krevende å implementere modellen og det har vært viktig med støtte fra egen organisasjon og å ha ildsjeler som pådrivere. Det er også ønsket om tilpasset opplæring til ACT-konteksten. Informantene forteller at pasientene strever med å fullføre hele forløpet i PEF og det stilles spørsmål ved om ACT-pasienter har spesielle utfordringer som skaper vansker i et PEF-arbeid. Manualen tilpasses når det er nødvendig. Det legges vekt på at PEF skal utføres av medarbeidere i teamene og ikke som en ekstern tjeneste.

I diskusjonen sammenstiller jeg teori, empiri og funn gjennom analysen. PEF er lite beskrevet i familierapilitteraturen, men systemisk litteratur som presenteres, kan belyse PEF som metode og funnene fra analysen i et slikt perspektiv. Litteratursøket viste at informantenes synspunkter er opplevd og beskrevet også av andre.

Det er forsket lite på PEF i ACT i Norge og oppgaven kan inspirere til fortsatt utforskning av dette temaet.

INNHALDSFORTEGNELSE

1	Innledning.....	6
1.1	Bakgrunn.....	6
1.2	Begrepsavklaringer	7
1.2.1	ACT og FACT - Fleksibel ACT	7
1.2.2	Psykoedukativt familiesamarbeid - PEF.....	8
1.2.3	FACT – Family-based ACT eller Family-aided ACT	9
1.3	Målsettinger for oppgaven	9
1.3.1	Hovedmål.....	10
1.3.2	Delmål.....	10
2	Teori og empiri	11
2.1	Teoretisk tilnærming til temaet.....	11
2.1.1	Schizofreni og familien – en bok om psykoedukativt familiesamarbeid.....	11
2.1.2	Bateson og double bind.....	16
2.1.3	Minuchin og strukturell familierterapi	16
2.1.4	Evan Imber-Black – familier og større systemer	18
2.1.5	Løsningsfokusert blikk på problemløsning.....	20
2.1.6	Seikkulas åpne samtaler	22
2.1.7	Tom Andersen og reflekterende prosesser.....	24
2.1.8	Annen norsk litteratur	24
2.2	Litteratursøk.....	25
2.2.1	Family-aided ACT	27
2.2.2	Psykoedukativt Familiesamarbeid	29
2.2.3	OPUS-studiene.....	34
2.2.4	ACT og generelle anbefalinger for behandling av alvorlig psykisk lidelse.....	35
3	Metode	41
3.1	Valg av forskningsdesign og vitenskapsteoretisk perspektiv	41
3.2	Datainnsamling - fokusgruppeintervjuer	42
3.3	Utvalg.....	43
3.4	Utvikling av intervjuguide	44
3.5	Gjennomføring av intervjuene	45

3.6	Analyse	47
3.8	Forforståelse.....	48
3.9	Forskningsetikk.....	50
4	Funn	52
4.1	Pasienten i rommet mellom ACT og PEF.....	52
4.1.1	Utvelgelse av pasienter	52
4.1.2	Teamet som totalleverandør.....	54
4.1.3	Pasienten i mellomrommet	55
4.2	Bruk av modellen.....	56
4.2.1	Organisatoriske forhold	56
4.2.2	Alliansesamtalenes betydning.....	57
4.2.3	Tilpasset utøvelse og opplæring.....	59
4.3	Ringer i vannet.....	61
4.3.1	Metodikken brukes bredere.....	62
4.3.2	Psykoedukativt familiesamarbeid styrker relasjonen til pasienten og familien.....	63
4.3.3	Flere ansatte ønsker kunnskap om psykoedukativt familiesamarbeid.....	64
5	Drøfting	66
5.1	Tilpasning av psykoedukativt familiesamarbeid til ACT-konteksten	66
5.2	Psykoedukativt familiesamarbeid med ulike pasientgrupper	69
5.3	Oppstart og drift av psykoedukativt familiesamarbeid i ACT-team.....	73
5.4	Debatten om evidensbasert praksis.....	75
5.5	Metodediskusjon	79
5.6	Implikasjoner for videre forskning og praksis	82
6	Avslutning	84
7	Referanser.....	85
	Vedlegg 1 – Meldeplikttest NSD.....	89
	Vedlegg 2 – Eksempel på transkripsjon.....	91

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Jeg ønsker å undersøke hvilke erfaringer tjenesteytere har med psykoedukativt familiesamarbeid når de arbeider i såkalte ACT-team og/eller FACT-team. Se neste punkt for begrepsavklaring. Selv arbeider jeg som fagkonsulent/sosionom i et ACT-team ved Molde DPS i Helse Møre og Romsdal. Over tid har jeg blitt spesielt opptatt av at teamet jeg arbeider i, har hatt behov for å utvikle familiearbeidet. Det har fremstått som tilfeldig, sprikende og personavhengig. Vi skal arbeide som et team rundt hver pasient. Dette skaper utfordringer når vi har ulik utdanning og praksis. Noen av oss har ulike videreutdanninger. Vi har deltatt på flere ACT-seminar, men de har i liten grad hatt fokus på familiearbeid.

For å bøte på dette meldte hele teamet seg på kurs i psykoedukativt familiesamarbeid ved TIPS Helse Sør-Øst og deltok der i april 2015. Jeg ser at dette har gjort noe positivt med teamet. Vi fremstår mer samlet i familietenkingen og psykoedukativt familiesamarbeid (PEF), har skapt nytt engasjement. Likevel har vi støtt på mange utfordringer. Dette gjorde at jeg ble nysgjerrig på hvordan andre ACT-team praktiserer familiearbeidet og ønsket å eksplorere hvilke erfaringer de har med psykoedukativt familiesamarbeid.

ACT og psykoedukativt familiesamarbeid er såkalte evidensbaserte behandlingsmetoder. Begrepet evidensbasert har vært gjenstand for en større debatt de siste årene. Kan man med vitenskapen i ryggen hevde at en metode som er undersøkt innenfor en kontekst vil være like gyldig innenfor andre kontekster? En del av litteraturen går inn i denne debatten og stiller relevante spørsmål knyttet til overførbarheten til disse to metodene (Morrissey, Meyer, & Cuddeback, 2007) (Burns, 2010) (Lucksted, McFarlene, Downing, Dixon, & Adams, 2012). Begge metodene er utviklet i USA og tilpasset offentlig og privat hjelpeapparat og kultur i det landet. Bruk av metoden i andre land og kulturer vil kreve tilpasninger. De enkelte behandlingsteam og deres samarbeidspartnere har kanskje ytterligere tilpasset sine behandlingstilnæringer til deres egen arbeidsvirksomhet? Kanskje vil ikke resultatene være like gode her i Norge? Kan det også være slik at ulike vitenskapsteoretiske tilnæringer står i motsetning til hverandre?

1.2 Begrepsavklaringer

1.2.1 ACT og FACT - Fleksibel ACT

ACT er en forkortelse for "Assertive Community Treatment" – på norsk "aktivt oppsøkende behandling der pasienten befinner seg" (Aakerholt, 2010, s. 6ff). Modellen er såkalt evidensbasert og innebærer å legge all oppfølging og behandling av personer med alvorlig psykisk lidelse til ett team som arbeider der pasienten bor. Et sentralt ACT-prinsipp er at *teamet* skal gi behandling og helhetlige tjenester, og at alle i teamet skal kjenne teamets brukere. Målgruppen er voksne med en diagnostisert alvorlig psykisk lidelse samt flere tilleggsproblem. Erfaringsmessig har ca. halvparten av pasientene en samtidig ruslidelse (Aakerholt, 2014). Pasientene har ikke respondert på andre behandlingstilbud, er ofte akuttinnlagt, har liten eller ingen sykdomsinnsikt og ønsker derfor ofte heller ikke behandling. Mange av pasientene er i 30-40 årene og har aldri fullført skole eller vært i jobb. I et land som Norge, er det svært sjelden denne type pasienter ikke er oppdaget i helsevesenet, men når det skjer, har de fått for få eller ingen tjenester (Aakerholt, 2014).

For å oppfylle modellen ACT må det jobbes etter 45 prinsipper. Prinsippene styrer ytre organisering og innhold i behandlingen. Et av prinsippene i ACT-manualen (Aakerholt, 2010), pkt. CP5, sier at "Teamet skal ha kontakt med og gi veiledning til personer i brukerens sosiale nettverk". Det sies imidlertid ikke noe ytterligere om prinsipper for dette arbeidet.

Som en videreutvikling av ACT, har Helsedirektoratet introdusert et nytt behandlingstilbud – FACT – Fleksibel ACT. Flexibiliteten i FACT handler om at pasientene i noen perioder trenger intensiv oppfølging i form av ACT, i andre perioder lavere hyppighet og intensitet i oppfølgingen. Dette skjer uten at pasientene må forlate FACT, men teamet koordinerer og sikrer da at brukeren fremdeles mottar nødvendige tjenester uansett hvor mange instanser som er involvert. Selv om FACT primært er et tilbud til personer med alvorlig psykisk lidelse er FACT tenkt å favne noe videre enn et tradisjonelt ACT-team (Aakerholt, 2014, s. 36). I manualen for FACT har beskrivelsen av familiearbeidet blitt presisert. Punkt 34 har overskriften "Psykoedukasjon rettet mot brukers familie". For å nå målsettingen i punktet må det dokumenteres at FACT-teamet jobber i henhold til modellen Familie Psykoedukasjon:

"Det blir dokumentert at det jobbes i henhold til modellen/tool kit Familie psykoedukasjon. FPE, og mer enn 20 prosent av familiene benytter seg av dette tilbudet" (Aakerholt, 2014, s. 63).

1.2.2 Psykoedukativt familiesamarbeid - PEF

Psykoedukativt familiesamarbeid er også en såkalt evidensbasert modell. I en bok fra 2002 hevder McFarlane at metodens opphavsmann er H. Peter Laqueur, født i 1909 i Tyskland og død i 1979 i Vermont, USA (McFarlane, 2002).

Opplæring i Norge drives blant annet av TIPS Helse Sør-Øst (Sør-Øst, 2016) og TIPS Helse Stavanger. Helsedirektoratet har gitt ut en veileder for utredning, behandling og oppfølging av psykoepasienter. En rekke tiltak er listet opp og gitt viktighetsgradering fra A til D, der A er høyest. Behandlingstiltakene er også gitt en gradering etter evidensnivå. Psykoedukativt familiesamarbeid er anbefalt av Helsedirektoratet med grad A og har høyeste evidensgradering. I veilederen kan man lese:

”I en tidlig fase av en psykose bør pasient og nære familiemedlemmer inviteres til et psykoedukativt familiesamarbeid i en enkeltfamiliegruppe” (Helsedirektoratet, 2013, s. 59-63).

”Pasienter som på grunn av sykdommens alvorlighetsgrad har behov for hjelp over lengre tid, bør få tilbud om å delta sammen med nære familiemedlemmer i psykoedukative flerfamiliegrupper” (Helsedirektoratet, 2013, s. 62).

”I et langvarig psykoeforløp bør nære familiemedlemmer inviteres til et samarbeid når pasienten har tilbakefall og/eller vedvarende problemer” (Helsedirektoratet, 2013, s. 63).

TIPS Sør-Øst har gitt ut et arbeidshefte som kort gjør rede for bakgrunn for modellen. Heftet inneholder en manual for framgangsmåten og vedlegg med aktuelle skjemaer for utfylling (Sør-Øst, 2013). Psykoedukativt familiesamarbeid har to faser – alliansesamtaler og problemløsingssamtaler. Et typisk forløp vil gå over minst et år.

Arbeidsalliansen baseres på personlig relasjon, enighet om målsetting og enighet om tilbudets innhold. Alliansesamtalene har fokus på psykoedukasjon, tidligere erfaringer med hjelpeapparatet og kartlegging av familiestress og tilbakefallssymptomer. Samtaleforløpet bør strekke seg over tid; tre til fire måneder vil ofte være nødvendig. Fremdriften i samtalene vil alltid være avhengig av pasientens og familiens historie og aktuelle situasjon. Manualen legger opp en struktur for progresjonen i samtalene. Manualen er imidlertid veiledende for innholdet og omfanget. Manualen gir en beskrivelse av temaer, rekkefølge og tidsramme for

møtene med tydelige råd for strukturering. Antall alliansesamtaler vil variere og behandleren må kunne vurdere temarekkefølge ut fra en klinisk vurdering. Det forutsettes at gruppeledere må ha relevant kompetanse i familiebehandling. Aktuelle skjemaer for utfylling sammen med familien er ”The Family Questionnaire” som kartlegger graden av familiestress, såkalt ”Expressed Emotions”, eller EE. Videre brukes genogram og skjema for varselssymptomer ved tilbakefall.

Problemløsningssamtalene fokuserer på konkret problemløsning etter en mal som familien senere kan dra nytte av på egen hånd. Gruppene kan være for en familie, såkalt enkeltfamiliearbeid, eller for flere familier sammen, flerfamiliearbeid. Problemløsningen skal være her-og-nå orientert og tar utgangspunkt i noe pasienten selv ønsker forandring på. Møteleder har ansvar for å plukke ut noe å løse som familien kan oppleve som mestring. Greier man ikke å løse problemet må gruppeleder ta på seg ansvaret for dette.

1.2.3 FACT – Family-based ACT eller Family-aided ACT

Gjennom mitt litteratursøk, se punkt 2.2, har jeg blitt oppmerksom på at FACT også er forkortelse for en annen svært relevant arbeidsmåte. William R. MacFarlane omtaler allerede i 1997 fordelene ved å integrere ACT-arbeid og psykoedukativt familiesamarbeid. Han omtaler denne måten å arbeide på som å integrere to ”state-of-the-art”-modeller som kan gi synergieffekter for pasientene (McFarlane, 1997). Det er nettopp denne sammenkoblingen jeg ønsker å studere erfaringene med i norske ACT-team.

For å unngå forvirring rundt navn på behandlingstyper og forkortelser, vil jeg kun bruke forkortelsen FACT slik jeg viser til om Fleksibel ACT, se punkt 1.2.1. Jeg vil ikke bruke denne forkortelsen om Family-aided ACT.

1.3 Målsettinger for oppgaven

Tema og problemstilling for oppgaven begynte å ta form høsten 2015. Jeg hadde allerede ved studiestart i september bestemt meg for å skrive om ACT og PEF og jeg var også klar over at det var gjort forskning på deltakernes erfaringer med PEF, dog ikke fra ACT-kontekst i Norge. For å ikke gjøre prosjektet mitt så stort at det ble u håndterlig, bestemte jeg meg for å konsentrere meg om behandlernes erfaringer.

Gjennom diskusjoner både på skolen og på egen arbeidsplass gjennom høsten 2015 tok hovedtemaet form. Jeg strevde lenge med å finne en god problemstilling og fant etter hvert ut at det ville fungere bedre i min oppgave å bruke begrepene hovedmål og delmål. Målene hadde i hovedsak tatt form da jeg skrev prosjektplanen, men jeg har ytterligere forbedret dem i takt med eget økt kunnskapsnivå. Målene for min oppgave ser da slik ut:

1.3.1 Hovedmål

Eksplore ansattes erfaringer med bruken av psykoedukativt familiesamarbeid som behandlingsintervensjon i ACT-team.

1.3.2 Delmål

- Undersøke ansattes erfaringer med å tilpasse psykoedukativt familiesamarbeid til ACT-konteksten.
- Undersøke ansattes erfaringer med psykoedukativt familiesamarbeid med ulike pasientgrupper.
- Undersøke hva som har bidratt til oppstart og drift av psykoedukativt familiesamarbeid i ACT-team.

2 Teori og empiri

2.1 *Teoretisk tilnærming til temaet*

Som teoretisk bakgrunn for å forstå og diskutere funn har jeg valgt ut litt ulik litteratur. Jeg presenterer først en bok som er en av de første som systematisk introduserer det psykoedukative familiesamarbeidet. Jeg vil deretter gjøre en rask referanse til Bateson før jeg forsøker å peke på systemisk litteratur som kan belyse noe av det som skjer i PEF. Noe av litteraturen er av nyere dato og forankret i det sosialkonstruksjonistiske perspektivet, mens noe også er forankret i eldre systemisk tenkning. Jeg har også valgt å se om det løsningsfokuserede kan gi mening, kanskje mest fordi jeg ofte selv tenker løsningsfokuseret i samtaler jeg deltar i.

2.1.1 **Schizofreni og familien – en bok om psykoedukativt familiesamarbeid**

Psykoedukativt familiesamarbeid har historie tilbake til starten på 1980-tallet. Jeg har valgt å presentere boken ”Schizophrenia and the family – a practitioner’s guide to psychoeducation and management” i oppgavens teoridel (Anderson, Reiss, & Hogarty, 1986). Jeg velger å ta med en del fra denne boken da den er en av de første som systematisk omtaler psykoedukativt familiesamarbeid. Boken gir også et godt innblikk i den teoretiske referanserammen som ligger til grunn for metoden. Boken ble gitt ut i 1986, men tankegodset brukes like fullt i dag. Boken angir også noen retningslinjer for hva forfatterne mener bør vektlegges ved implementering av metoden. Forfatterne Anderson, Reiss og Hogarty var den gangen ansatt ved universitetet i Pittsburgh, USA.

Teoretisk overbygning: I bokens innledning trekkes opp bildet av schizofreni som en lidelse beskrevet allerede for flere tusen år siden. Samfunnets ulike former for tilnærming vises, også fra de siste årene før boken ble skrevet. Tidligere behandling har ofte vært ineffektiv eller i verste fall skadelig. Som kjent inngikk elektroshokk, insulinsjokk, lobotomering og fysisk isolasjon i behandlingen av schizofrenipasienter. Schizofreni er en kostbar lidelse, både for den enkelte og for samfunnet. Forfatterne ønsker seg en bedre tilnærming, bestående av psykoedukasjon kombinert med antipsykotisk medikasjon og psykososiale intervensjoner. Klinikerne må respektere brukernes individuelle behov og egne ferdigheter. Modifiseringer vil alltid være nødvendig.

Forskningen har lite kunnskap om hvorfor den enkelte får schizofreni og det finnes ingen behandling som helbreder. Forfatterne tar derfor sikte på å bidra til å forbedre sykdomsforløpet til dem som rammes. Deres ståsted er at schizofreni er en miljøsensitiv lidelse preget av tankeforstyrrelser, ofte av varig eller tilbakevendende karakter og med uttalte funksjonsforstyrrelser på flere områder; de kognitive, perseptuelle og anatomiske. Forfatterne kaller sin teoretiske forståelse for stress-sårbarhetsmodellen. Den individuelle sårbarheten kan ha bakgrunn i genetiske forhold eller ervervede egenskaper fra sykdom eller traumer. Forfatterne viser til at deres forståelse blir kritisert av andre som en ren medisinsk modell, som biologisk reduksjonisme eller som lineær tenkning.

Forfatterne selv formulerer kritikk mot familierapien og i særdeleshet Batesons teori om double-bind. De kritiserer også psykoanalyse som var opptatt av den schizofrenogeniske mor. Disse har forsøkt å finne årsaker til utvikling av psykose, ofte klandrende til familien. Forsøk på at familien skulle dele vanskelige tanker med hverandre gjorde også situasjonen vanskeligere for pasientene. Vanskelige familieforhold er likevel relevante for forfatterne da dette kan bidra til stress for sårbare pasienter.

Behandlingstilnærming: Grunnbehandlingen av schizofrenipasienter er medikamentell behandling. Forfatterne viser til bred forskning som støtter dette. Det vil være altfor omfangsrikt å gå inn i dette i detalj her, men jeg viser til bokens første kapittel som redegjør grundig for forskningen. Hovedbudskapet er at tilbakefallsraten er mye lavere hos dem som bruker medisin enn hos dem som ikke bruker (Anderson et al., 1986, s. 7). Det kan virke som om et flertall av pasienter uansett får tilbakefall når medisinen seponeres. Tilbakefallsfaren øker jo flere psykotiske episoder en har hatt. Funksjonstap og vedvarende eller periodisk stress, vil forsterke faren. Et interessant fenomen er at 10-20% av pasientene ikke vil få tilbakefall selv om de ikke bruker medisin. Det er vanskelig å identifisere hvem dette er, men en mulig tilnærming kan være at dette er førstegangsepisodepasienter med en god premorbid historie og en raskt innsettende psykose. Forfatterne diskuterer også ulike syn på om medikamentell behandling bør avsluttes i tilfriskningsperioder og startes opp ved tilbakefall, eller om behandlingen bør være stabil. Selv hevder de at de sosiale kostnadene ved av-og-på-medikasjon er større enn ulempene ved langvarig medisinsk behandling.

Forfatterne mener da at en kombinasjon av medikamentell behandling og psykososial behandling er den beste, men ikke alle pasienter ser ut til å dra stor fordel av den psykososiale

komponenten. Pasienter som ved utskriving var tilbaketrukne, desorganiserte, engstelige og hadde liten innsikt i egen sykdom fikk lettere tilbakefall når de fikk behandling med høye forventninger enn når de ble latt være i fred eller alene. Hvis en pasient ble skrevet ut til et hjem med konflikt og spenning økte faren for tilbakefall. Pasienter som ble skrevet ut til familier med høy EE, hadde 50% tilbakefallsrate, de til familier med lav EE, hadde 13-15% de første ni månedene etter utskriving.

Psykososial behandling økte funksjonsnivået og tilpasningen til pasienter når de samtidig fikk medisiner. Under innleggelse fant man ingen ting i forskning som tydet på at psykologisk behandling i tillegg til medisin ga mer bedring enn bare medisin. Undersøkelser kan tyde på at stress i naturlige omgivelser har større betydning for utløsning av tilbakefall enn for selve oppstarten av sykdommen. Pasienter som allerede har hatt en psykotisk episode synes å ha en spesiell sårbarhet i forhold til sosiale stimuli, også psykososial behandling. Det synes mer viktig å fokusere på å endre forløpet på sykdommen heller enn å jobbe med hva årsaken er.

Familiens betydning synes selvsagt for forfatterne. Når en person utvikler schizofreni har det innvirkning på hans eller hennes familie. Familiemedlemmene ser en de bryr seg om, utvikle rare tanker og ideer, får høyere angstnivå og blir agiterte og noen ganger voldelige. Familiens fortvilelse og engstelse blir ofte komplisert av at de er redd de kan ha bidratt til utviklingen, en følelse som kan ha blitt forsterket av behandlere som egentlig skulle tilby støtte og hjelp.

Noen prinsipper for kontaktetablering trekkes fram. En relasjon mellom behandler og familie bør etableres. Relasjonen bør ha preg av en ekte arbeidsallianse, et partnerskap som retter seg mot å hjelpe pasienten. Behandler bør rette eget fokus mot å forstå hvilke familiespørsmål og problemer som kan bidra til å øke stressnivået hos pasienten eller i familien for øvrig. Behandler bør også skaffe seg forståelse av familiens ressurser og tidligere og nåværende forsøk på å mestre sykdommen. Familiens styrker bør fremheves og forsterkes. Regler og forventning i behandlingen bør etableres gjennom en kontrakt med familien der felles konkrete og realistiske mål blir nedskrevet.

Kontaktetableringen blir være tilgjengelig for familien så snart som mulig etter en krise har oppstått. Første fokus bør være på den pågående krisen. Behandler må unngå å behandle familien som om den var pasient. Respekt for familiens forsøk på løsning er viktig sammen med ros for å ha søkt profesjonell hjelp. Når kontakt er etablert kan behandler rette fokus mot

å kartlegge families grad av opplevd stress med situasjonen. Relasjonen styrkes hele tiden ved at behandler har fokus på hvordan familien selv håndterer sykdommen. Behandlers fokus på å kunne snakke om dagligdagse temaer ser også ut til å kunne ha positiv betydning for familiens følelse av komfort og aksept. Behandlere bør derfor starte hvert møte med familien med relevant småsnakk.

En obligatorisk del av metoden er å formidle kunnskap til familien på en strukturert måte. I boka åpnes det for at behandlerne kan bruke eget repertoar i prosessen. De nevner for eksempel brev, flere sekvenser i samtaler gjennom behandlingsforløpet eller korte gruppemøter for flere familier. Som eksempel i boken foreslås det å invitere familien til en informasjonsdag. Uttrykket brukt i boken er "The survival skills workshop". Det settes av en hel dag og en rekke temaer skal gjennomgås. Samlinger som muliggjør at flere familier deltar samtidig anbefales da utveksling mellom familiene viser seg å være nyttig. Temaer som gjennomgås er historie og epidemiologi, erfaringer med å bli rammet av sykdommen, medikamentell behandling, psykososial behandling, hva bedrer forløpet, familiens behov, vanlige problemer man kan møte og hva familien kan bidra med i behandlingen.

Så langt har forfatterne holdt seg til det som den norske metoden omtaler som alliansearbeidet. Problemløsningsfasen blir i boken omtalt som "Regular sessions". De inneholder fire komponenter – sosialt snakk, diskusjon vedrørende oppgaver fra forrige samtale eller nye problemer, formuleringer av nye løsninger og oppgavefordeling. Ved å gjennomføre familiesamtaler med en fast struktur skapes forutsigbarhet og en dempet terapeutisk setting. Viktig innhold i samtalene er identifisering av tilbakefallsvarsler, utfordringer ved å bo i samme husholdning og medisinsk etterlevelse - compliance.

Arbeid med grenser og struktur i familien er også et viktig element i denne fasen. Ved et kronisk psykoseforløp blir ofte generasjonsgrenser og mellommenneskelige grenser innad i familien vage. Pasienten er ofte sentral i familien og mye kretser rundt sykdom. Pasientens utfordringer kontrollerer ofte familiens liv og familiens normale behov kan komme i bakgrunnen. Vage grenser i en familie kan også bli mer problematiske når en i familien blir syk. Familien svinger med i takt med den syke og forsøk på å hjelpe kan resultere i overinvolvering. Noen pasienter blir ikke kvitt alle plagsomme symptomer selv med riktig dosering av medisin. Fokus i samtalene kan også derfor være på mestring av slike symptomer og tanken på ikke å bli frisk.

Noen pasienter eller familier viser motstand mot å delta i programmet. Grundig forarbeid minsker motstanden. Forfatterne er mer opptatt av motstand mot å forandre seg. Motstand mot å forandre seg kan oppstå når langvarig inngrodd handlingsmønstre blir utfordret eller når nødvendige forandringer inne kan skje uten midlertidig økning av angstnivået eller følelsesmessig smerte. Motstanden reduseres ved å anerkjenne smerten og vanskeligheten i forandringene. Uten å klandre kan behandler peke på at familiens tilnærming ikke har vært nyttig og spørre familien om de vil være med å lete etter andre veier. Positiv reformulering har vist seg virksomt i familier med overinvolvering og overidentifisering av den syke. Den vanskeligste motstanden en møter som behandler kommer fra pasienter som ikke selv har innsikt i egen sykdom. Da er det spesielt viktig at behandler skaper og opprettholder en allianse med pasienten og familien omkring spørsmål som pasienten kan akseptere. Ved å fokusere på mål som pasienten kan kjenne igjen, kan behandler unngå den stadige kampen rundt pasientens sykdomsforståelse. Et viktig element forfatterne tar inn i sin modell er den psykososiale behandlingen samt fokus på etablering i skole eller arbeid.

Implementering og opplæring: Forfatterne tar opp det de opplever som vesentlig for å lykkes (Anderson et al., 1986, s. 294). Metoden er relativt enkel og rett fram, men tilnærmingen er ikke alltid lett å implementere. Mange behandlingssteder legger ikke vekt på langvarig kontakt med pasientenes familier. Frustrasjon med å jobbe med kronisk syke krever medarbeidere med ferdigheter som mange behandlingssteder ikke verdsetter eller leter etter. Utdanningsgrad er mindre viktig enn tidligere relevante erfaring, personlige egenskaper og gode holdninger til pasienter og familier. Konkretisert betyr dette at to typer profesjonell kompetanse er avgjørende; erfaring med å jobbe med pasienter med schizofreni og erfaring med å jobbe med familier. Utdanning eller trening av klinikere må dekke tre områder. Klinikeren trenger grundig informasjon om schizofreni, både etiologi, diagnose, forløp og utfall. Videre er informasjon om behov, problemer og ulike perspektiv til familier med psykisk sykt familiemedlem viktige. Spesielle terapeutiske ferdigheter som er brukbare til å hjelpe pasienter og familier til å leve med kronisk sykdom er essensielle. Å skaffe seg et godt mandat fra egen virksomhet er ikke alltid lett. I oppstarten anbefales å danne nettverk med andre som utøver metoden for å sikre støtte og oppmuntring til hverandre.

2.1.2 Bateson og double bind

I en tidlig fase av arbeidet med oppgaven min lette jeg rundt i familierapilitteraturen etter stoff om psykoedukativt familiesamarbeid, men fant lite. Som jeg viste over, har Batesons teori om doble bind blitt oppfattet som noe som pålegger foreldre ansvar for utvikling av schizofreni hos barnet. Kanskje kan Batesons teori ha skapt avstand mellom familierapibevegelsen og det psykoedukative fagmiljøet? Hva innebærer så denne teorien? Jeg viser til boken "Fra systemteori til familierapi" (Schjødt & Egeland, 1989, s. 17ff). Her refereres det til at familierapibevegelsen startet opp i USA på begynnelsen av 1950-tallet og at interessen var knyttet til schizofrenipasienter. Generelt ble familien sett på som både en problemskapende og problemoppretholdende enhet. Gregory Bateson oppdaget psykiatrien etter andre verdenskrig og var opptatt av kommunikasjon i familien som forståelsesramme for schizofreni. I 1956 publiserte forskningsgruppen Bateson var med i artikkelen "Toward a theory of schizophrenia" (Bateson, Jackson, Haley, & Weakland, 1956).

Begrepet double bind introduseres og beskriver en spesiell type kommunikasjonssituasjon som inneholder flere ingredienser: to eller flere personer, som oftest mor og barn, gjentatte erfaringer med denne type kommunikasjon, et primært negativt påbud med trussel om straff, et sekundært påbud inkongruent med det forrige og et tertiært påbud som forhindrer offeret å unnsnippe situasjonen. Bateson og gruppen hans hevdet da videre at dersom en person stadig utsettes for denne type kommunikasjon, vil han miste evnen til å forstå betydningen av egne og andres budskap. Dette ble sett på som en manifestasjon av schizofren adferd. Bateson skal selv i sine senere år har gitt uttrykk for at han var lei seg for måten denne teorien hadde blitt brukt på når han så hvilke konsekvenser det medførte. Jeg har ikke lyktes å finne dokumentasjon på dette, men refererer det likevel for å illustrere vanskene denne teorien har medført.

2.1.3 Minuchin og strukturell familierapi

Den strukturelle familierapien er først og fremst knyttet til Salvador Minuchin. Han ble født i 1921 i Argentina og er utdannet barnepsykiater og psykoanalytiker. Minuchin krediteres for at han arbeidet med fattige og mennesker på utsiden av samfunnet, klienter og familier kanskje ikke så mange andre kunne tenke seg å arbeide med (Schjødt & Egeland, 1989).

Hans teorigrunnlag har en klar systemteoretisk forankring opp mot generell systemteori. Han er opptatt av den indre oppbygningen i familien. Minuchin angir tre aksiomer som grunnlag for sin forståelse. I en familie er man medlem av et sosialt system som man tilpasser seg. Alle handlinger styres av systemets karakter. Videre mener han at forandringer i en familiestruktur bidrar til å forandre medlemmenes adferd og tanker. Han legger også vekt på at en terapeut som arbeider med familien temporært går sammen med familien og danner et nytt terapeutisk system som styrer medlemmenes adferd (Jensen, 1994).

Familien har to hovedfunksjoner, å beskytte medlemmenes psykososiale liv og å tilpasse og overføre kultur mellom samfunnet og familien og omvendt. I alle kulturer merker familien sine medlemmer med en egen identitet – å høre til eller å ikke høre til. Følelsen av å høre til kommer fra barnets tilpasning og det overtar familiens tradisjoner og verdier. Opplevelsen av identitet formes også av følelsen av å ikke tilhøre. Minuchin ser på familien som et system som alltid er i forandring. Med utgangspunkt i familiens livssyklus og manglende mestring i overgangene fra en fase til neste, kan man forstå vedvarende kriser og symptomer i en familie. Gjenoppretting av stabilitet er familiens mål.

Familedynamikken i strukturell familierapi handler om familiens struktur – grenser, hierarki og subsystemer. Familiens grenser mellom subsystemene må være tydelige. Roller skal være klart definert og det skal være utviklingsmuligheter innenfor de ulike rollene. Han legger til grunn at familien har tre subsystemer – paret, foreldrene og søsknene. Parsystemets viktigste funksjoner er å utfylle hverandre som voksne og støtte hverandres funksjoner. Når paret får barn må parsystemet differensieres slik at det gir rom for foreldrefunksjon. Dette kan gi utfordringer i å ta vare på parsystemet. Søskensubsystemet er arenaen hvor barn utvikler relasjoner til jevnaldrende og lærer seg å forhandle, samarbeide og konkurrere, gjerne uten for sterk innblanding fra voksne.

Kriser og stress i familien kan komme fra fire kilder. Kontakt mellom enkeltpersoner og noen utenfor familien kan forårsake stress som igjen forårsaker internt stress i familien. Videre kan hele familien stå i kontakt med noe utenfor som skaper stress, for eksempel økonomiske problemer, flytting eller diskriminering. Overgangsfaser i familien kan forårsake stress. Spesielle problemer i familien, som sykdom, kan også forårsake stress. Ved alvorlig sykdom hos et familiemedlem må kanskje dens funksjoner overtas av andre i familien og krever en omstrukturering.

Terapiforløpet er basert på at terapeuten går med i det terapeutiske systemet – *joining*. Minuchin benytter tre strategier underveis, han utfordrer systemet, han utfordrer familiestrukturer og han utfordrer familiens virkelighetsoppfatning (Jensen, 1994).

En kritikk mot Minuchin har vært hans klare referanser til ”normalfamilien”. Han antar at noe er riktig og noe galt, uten at det eksisterer en felles norm det er rimelig enighet om. Hans modell bygger på en livssyklusankegang der problemer i familien kan være symptomer på at overgangene i livssyklusene er problematiske. En avklaring av terapeutens ståsted i en normalitetsdiskusjon synes derfor nødvendig (Schjødt & Egeland, 1989, s. 137)

2.1.4 Evan Imber-Black – familier og større systemer

I boken ”Families and larger systems” retter forfatteren oppmerksomheten mot familiers erfaring med å være grundig involvert i større systemer, som for eksempel helsevesen, skoler, rettsvesenet og trygdevesenet. På tross av dette ser det ut til at mange terapeuter nærmer seg familien som om de lever i et vakuum (Imber-Black, 1988).

Familier og større systemer kommer ofte i kontakt med hverandre på uheldige måter, måter som forhindrer vekst og utvikling hos familiemedlemmer og som bidrar til kynisme og utbrenthet hos behandlere. Alt for sjelden blir det gitt oppmerksomhet til mønstre som utvikler seg mellom familier og større systemer, noe som resulterer i repeterende og fastlåste utilfredsstillende relasjoner på mange nivåer. Forfatteren vil med boken introdusere en generell modell for analyse av og intervensjon i forholdet mellom familier og større systemer (Imber-Black, 1988, s. 7).

Fenomenet er beskrevet av flere. Imber-Black peker for eksempel på Milanogruppen som opererer med begrepet ”the problem of the referring person”. De punktuerte på den overinvolverte behandleren som var blitt som en del av familien. Milanogruppen utviklet strategier for å arbeide med problemet, men stoppet opp uten å utvikle dette videre til å handle om familier og større systemer generelt. Av mange andres arbeid forfatteren nevner, vil jeg peke på Scott D. Miller, medutvikler av den løsningsfokuserende tilnærmingen. Imber-Black viser til at også Miller har funnet at større systemer, egentlig opprettet for å hjelpe, i stedet

medvirker til at problemene opprettholdes (Imber-Black, 1988, s. 9). Jeg kommer tilbake til Berg og Miller nedenfor.

Alle familier interagerer med større systemer. For en betydelig andel blir relasjonen problematisk og forblir slik lenge. Dette kan begrense normal utvikling, egen problemløsningsevne og kreative kapasitet. Mange familier har historie med slik involvering gjennom mange generasjoner. Å forholde seg til eksterne hjelpere er en del av familielivet. Hver ny hjelper som kommer til, føyer seg inn i tradisjonen og den historiske konteksten med enten suksess eller mislykkethet. Familier kan ha regler for samhandling med eksterne på samme måte som de har regler for interagering internt i familien. Uten å kjenne igjen slike regler vil hjelpere fort bli trukket inn i lite produktive triangler fra det øyeblikket de entrer familiesystemet. En hjelper kan bli elsket av far og hatet av mor og går inn i allianser og splittelser. Far blir sett på som samarbeidsvillig og mor som mindre samarbeidsvillig.

Flere viktige faktorer for å lykkes med samarbeidet trekkes fram. Utforskning av familiens regler som nevnt over, er viktig. Likeledes familiens syn på det å motta hjelp fra utenforstående, noe som også kan være sterkt kulturelt betinget. Videre er klargjøring av mandatet til det eksterne systemet viktig. Noen forhold blir aldri avsluttet. Når et problem er løst, blir et nytt funnet, eller familie og behandler enes om å arbeide med et uløselig problem. Familier kan også befinne seg fanget mellom større systemer som har motstridende mandater eller er i konflikt med hverandre. Familien kan bli gjort til del av endeløse trianguleringer, gjerne gjennom flere generasjoner.

Imber-Black retter fokus mot syv områder når hun starter sin kartlegging for å gi hjelp til fastlåste systemer. Hun søker først å finne ut hvor lenge og på hvilken måte familien og det større systemet har samhandlet. Hun vil deretter undersøke om det er brukbare måter å starte sitt eget samarbeid på som ikke gjentar tidligere mislykkede hjelpeforsøk. Som tredje ledd vil hun forsøke å skape og vedlikeholde nye og uventede typer relasjoner mellom familien og det større systemet. Hennes fjerde steg er å arbeide for å opprettholde allerede fungerende relasjoner. Femte ledd kartlegger de delene av relasjonene som ikke kan endres av ulike grunner, så som tvungen behandling eller barnevernsundersøkelser. Større systemer blir ofte anklaget for å være villmenn, mens de egentlig forsøker å gjøre en jobb så godt som mulig. Hennes sjette skritt er å planlegge gjennomføringen av intervensjoner i relasjonen familie og

det større systemet når hun har fastslått at dette er det rette nivået. Hennes siste skritt er å danne hypoteser vedrørende sted og funksjon til problemet i relasjonen.

Et viktig tema er tidligere og nåværende forsøk på å løse problemet. Man kan oppdage at familien tilbys ”mer av det samme”, slik det er beskrevet av Watzlawick med flere (Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1974). Pågående løsningsarbeid kan bidra til å holde problemet gående. Man kan også oppdage at familiens livssyn bidrar til at svært få løsningsmuligheter er tilgjengelige. Noen familier opplever en følelse av hjelpeløshet i forhold til hjelpere hvis de plutselig får et sykt familiemedlem og må forholde seg til et større hjelpesystem uten å ønske det. Her vil det være viktig å vie oppmerksomhet til hvordan familien prøver å løse sitt sekundære problem – å kvitte seg med hjelpere de ikke ønsker.

Forfatteren sier selv at intervjueteknikken hennes henter mye fra den systemiske modellen til Milanoskolen (Imber-Black, 1988, s. 91). Sentrale elementer er nøytralitet og sirkulær spørring samt hypotesedannelser. Hun legger også vekt på at et hvert intervju er en intervensjon i seg selv, da intervjuet tilfører ny kunnskap til systemet.

Avslutningsintervensjonen hennes innebærer å gi en oppgave som ideelt sett skal rette seg mot mønstre som gjentar seg både i familien, i relasjonen mellom familien og det større systemet og mellom eller i det større systemet.

Noen familier må ha relasjoner til større systemer og med flere hjelpere i lang tid. Dette kan for eksempel skyldes kronisk sykdom. Disse familiene har sannsynligvis allerede internt stress og får ofte ekstra stress av å måtte forholde seg til hjelpere. Merkelapper, stigma og hemmelighold kan bidra til å hindre utvikling og forandring. For terapeuter vil dette medføre ekstra utfordringer. Behandler kan utforske mange ulike posisjoner i arbeidet med å myndiggjøre familien. Noen av posisjonene kan være den nøytrale, den komplementære, forhandleren, veilederen, advokaten eller partneren.

2.1.5 Løsningsfokusert blikk på problemløsning

Steve de Shazer har med sin løsningsfokuserte tilnærming brakt nye ideer inn i den systemiske verden. Metoden er utviklet ved Brief Family Therapy Center. I boken ”Rusbehandling” av Insoo Kim Berg og Scott D. Miller presenteres metoden steg for steg (Berg, Miller, & Bryde, 1998). Forfatterens interesse for det løsningsfokuserte utviklet

seg fra å fokusere på problemer og problemjakt til gradvis å benytte terapeutiske handlinger som fører brukere mot løsninger. De tror ikke egne prinsipper er mer sanne enn andres, men et uttrykk for deres generelle verdier og grunnleggende filosofi. Bokens kontekst er behandling av rusproblemer, men prinsippene er gode i alt personlig utviklingsarbeid (Berg et al., 1998).

Første prinsipp handler om å rette fokus mot klientens sterke sider, ressurser og evner, ikke på mangler og svakheter. Framfor å lete etter det som er galt, ser man etter hva som er riktig og kan nyttiggjøres. Det andre prinsippet kalles *nyttiggjøring* og handler kort sagt om å nyttiggjøre klientens eksisterende ressurser, evner, kunnskap, tro, motivasjon, atferd, symptomer, nettverk, livssituasjon og personlige særegenheter for å lede ham eller henne til det ønskede resultatet. I prinsipp tre inntar den løsningsfokuserte metoden et ikke-teoretisk, ikke-normativt klientbestemt system. De gjør seg ingen antagelser om problemenes "sanne" natur, men tar for seg de problemene den enkelte gir uttrykk for. Terapeuten frasier seg rollen som ekspert. Først etter å ha tatt seg tid til å lære av klienten kan terapeuten ha håp om å kunne hjelpe. Steve de Shazer fortrekker de enkleste, mest direkte midlene for å nå et mål. I prinsipp fire postulerer han økonomisk bruk av terapeutiske midler for å nå terapeutiske mål. Kompleksitet tilføres bare i den grad det er nødvendig. En liten forandring på et område kan i neste omgang resultere i gjennomgripende forandringer på mange andre områder – ringer i vannet.

Femte prinsipp innfører tanken om at forandring er uunngåelig. Klienter kan ikke unngå å forandre seg, dermed blir terapien et spørsmål om å indentifisere forandringene som inntreffer naturlig og nyttiggjøre dem for å frembringe en løsning. Det sjette prinsippet er en sterk orientering mot nåtid og fremtid. Klientens tilpasning til dagen i dag og fremtiden tillegges større betydning enn fortiden. Gjennom intervjuet med klienten rettes fokus bort fra fortiden og problemet og mot fremtiden og en løsning. I syvende prinsipp legges det vekt på den betydningen samarbeid med klienten har for utfallet av terapien. I et virkelig terapeutisk samarbeid må ikke bare klienten samarbeide med terapeuten, men terapeuten må også samarbeide med klienten. Åttende og siste prinsipp gjør rede for kjernefilosofien i løsningsfokusert terapi. De tre reglene er;

1. "Hvis det ikke er i stykker, så *ikke reparer det*"
2. "Så snart du vet hva som virker, gjør mer av det"

3. "Hvis det ikke virker, så ikke gjør det om igjen; *gjør noe som virker*"
(Berg et al., 1998, s. 40)

Den løsningsfokuserte tilnærmingen opererer med tre ulike typer klientrelasjoner. Den motvillige klienten kalles besøkende. I den relasjonen er terapeuten ofte utsatt for å fortelle klienten hva han skal eller må gjøre. Utfallet er nesten alltid negativt. Den mest formålstjenlige holdningen terapeuten kan innta i en besøksrelasjon er å vise oppriktig respekt for klientens selvbestemmelsesrett ved valg av mål og å stole på at han har tilstrekkelig intelligens til å vite hva som er bra for ham. I en klager-relasjon er ofte klientens utgangspunkt at det er andre som er løsningen på problemet, ikke en selv. Terapeuten prøver da å hjelpe klienten til å se at det er ting de kan forandre på for å gjøre tilværelsen sin bedre og at de har evnen til det. Når klienten selv har startet letingen etter hva som kan føre til en løsning, har han gått over til kunde-relasjonen. Kunden er rede til ikke bare å ta ansvar for problemet, men også ta skritt for å være med å finne en løsning (Berg et al., 1998, s. 82).

2.1.6 Seikkulas åpne samtaler

Jaakko Seikkula er kjent for sin reformering av arbeidet med alvorlig psykisk syke i Nord-Finland. I boken "Åpne samtaler" introduserer han sin versjon av nettverkssentrert arbeid og nettverksterapi (Seikkula & Stenersen, 2012). Hans utgangspunkt er at det for de vanskeligste psykiatriske tilfellene, blant annet schizofreni, er påvist tydelig sammenheng med det sosiale nettverket. Pasientene har mindre sosiale nettverk enn andre, ofte deltakere som har kommet til gjennom sykdomskarrieren, man mangler sosialt viktige relasjoner i nettverket og det er ofte hemmelige lukkede relasjonssystemer i nettverket som ekskluderer pasienten.

Målet for nettverksbehandlingen er å mobilisere nettverket slik at det kan bidra i løsningen av problemene. Nettverket er ikke i seg selv objekt for forandring, men skal bidra til å iverksette forandringen. Man velger ikke ut på forhånd hvem som skal forandre seg, men man lytter til den enkeltes oppfatning av problemet og begynner samtalen derfra. I typisk sosialkonstruksjonistisk tilnærming er Seikkula opptatt av å skape dialog mellom deltakernes fortellinger. Gjennom nettverksmøtene prøver han å påvise potensielle ressurser i klientens relasjoner gjennom dialogen.

Kriser i mellommenneskelige relasjoner kan med sosialkonstruksjonistiske briller sees som atferd som språklig er definert som problemer. Psykotiske forestillinger kan bli terapeutens

gode hjelpere ved at de kan gjøre det mulig å snakke om ting som ellers ikke ville vært mulig. Derfor er det viktig å samle nettverket med en gang krisen dukker opp. Seikkula deler nettverksterapi deler inn i tre klassiske deler.

Med nettverksmøtet som problemløsning inviterer møtelederen alle som deltar til å fortelle om sine problemer. Alt skrives opp og møtet bestemmer hva som skal behandles først. I andre fase forsøker møteleder å finne hvilke ressurser nettverket besitter i møte med den enkeltes ønske. I tredje fase velger møteleder ut hvilke problemer som skal jobbes med og hvilke andre hjelpeinstanser som skal knyttes til. Med nettverksmøtet som strukturell intervensjon er målet å forandre oppfatningen medlemmene i systemet har av hverandres roller. Forandringen skjer ikke ved at væremåten endres under møtet, men ved at de emosjonelle opplevelsene forandrer relasjonene i nettverket. Dette skjer ved utveksling av felles emosjonelle opplevelser i møtet. En tredje form for nettverksterapi er nettverksmøtet som prosesspiral. Her jobber man med store forsamlinger der hovedfokus ligger på å jobbe med prosessen i møtet mer enn selve innholdet.

Seikkula er ikke tilhenger av noe spesielt regelverk for å gjennomføre samtaler. Han legger større vekt på hvordan man snakker sammen. Felles språk, oppfordring om å være personlig, aktiv lytting og sirkulære spørsmål vektlegges. Han bruker møtene til å samle inn fortellinger. Møtelederne bør ikke komme med løsningsforslag, men heller diskutere forslag som nettverksmøtet selv har kommet med. Kommer ingen forslag bør dette tematiseres.

Seikkulas tilnærming er sterkt inspirert av sosialkonstruksjonismen og de såkalte problemskapende systemer. Han referer til Gergen og Anderson og Goolishian flere steder i boken (Seikkula & Stenersen, 2012, s. 93). I møtet skapes en ny virkelighet i samhandlingen mellom de som deltar. Hver situasjons virkelighet er dermed en sosial konstruksjon. Pasientens system og behandlingsapparatets system møter hverandre som likeverdige. Dialogen begynner ved første kommentar. Kunnskapen om psykiske problemer og behandlingsmetoder kommer til uttrykk i et direkte forhold til pasienten og nettverket. Dette forholdet er samtalen. Ved å samtale om problemet og prøve å forstå det i mest mulig likeverdig dialog, skaper man et nytt felles språk eller en ny fortelling. Koblingen mellom systemene foregår ved at den ene parten styrer sin egen funksjon etter hvordan den andre har styrt sin, og vice versa. Sosiale systemer styrer sine handlinger gjennom språket, derfor er samtalen i nettverksmøtet essensen. Under psykiske kriser forsvinner språket. Gjennom

forsøk på å sette ord på de psykotiske opplevelsene med nettverket tilstede, kan det igjen bli mulig å styre sitt eget liv.

2.1.7 Tom Andersen og reflekterende prosesser

Tom Andersen har introdusert begrepene reflekterende prosesser og reflekterende team. Han tar blant annet utgangspunkt i Batesons formulering om "en forskjell som utgjør en forskjell" Bateson i (Andersen, Thomsen, & Bøgeskov, 2005, s. 26). Denne tanken har blitt viktig i mange terapier, blant annet Milanogruppen som i sine intervjuer leter etter forskjeller når et problem skal beskrives. I spørsmål der det søkes etter forskjeller, er det spørsmål etter forandringer som er viktige. Videre utledet kan man tenke seg at hvis mennesker utsettes for det sedvanlige skaper det ingen forandring. Hvis de møter noe usedvanlig kan det frambringe en forskjell. Hvis det de møter er alt for usedvanlig, kan det frambringe motstand og stenge for forandring.

I Tom Andersens reflekterende team gis det mulighet for å stille usedvanlige spørsmål. Han ser på problemer eller fenomener som multivers, de kan beskrives og forstås på mange måter. I konstruktivistisk ånd mener han at hver deltaker skaper sin versjon av problemet. Ingen versjoner er mer riktig eller gal enn de andre. Han ser teamets oppgave å gå inn i en dialog for å forstå hvordan hver enkelt skapte sin beskrivelse og forklaring. I samtalen inviteres deltaker til å lete etter andre beskrivelser og forklaringer som ikke er oppdaget. Strukturen i det reflekterende teamet gir da deltakerne mulighet til å stille nye spørsmål når de har hørt teamets refleksjon.

2.1.8 Annen norsk litteratur

I "Lærebok i familieterapi" (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 255) nevnes flerfamiliegruppebehandling som en spesiell metode for spesielle problemer. I boka brukes behandling av spiseforstyrrelser som bakgrunn for gjennomgang av gruppeforløpet. Forløpet er svært komprimert i forhold til den PEF jeg har gjort rede for over. Metoden blir i boka knyttet opp mot strukturell og strategisk familieterapi, systemisk terapi, språkssystemisk terapi og eksternaliserende terapi.

2.2 Litteratursøk

Jeg startet planleggingen av litteratursøket i april 2016. Gjennom lesing av bøker og andres artikler og fra undervisningsmateriale fra TIPS, Helse Sør Øst, fikk jeg en pekepinn på viktige forfattere jeg måtte regne med å støte på i mine søk. Jeg fikk også hjelp av fagbiblioteket på Molde sykehus i søketeknikk og utvalg av databaser. Gjennom sommeren 2016 bedrev jeg prøving og feiling med søkeord før jeg i august landet på det som utgjorde mitt litteratursøk pr 13. august 2016.

Gjennom litteratursøket håpet jeg å finne materiale som viser til erfaringer med å kombinere PEF og ACT. Jeg har funnet mye om dette, både overordnede anbefalinger og praktiske erfaringer. Mye er positivt ladet, men en del problematiserer også disse erfaringene. Jeg håpet også å finne litteratur som kunne utdype den teoretiske gjennomgangen jeg har gjort over, særlig rundt systemisk teori og PEF, noe jeg i liten grad har klart. Søket mitt har heller ikke vært spisset mot det.

Litteratursøket ble gjort både i engelsk/amerikansk språklig litteratur og norsk språklig litteratur. Behandlingsmetodene er utviklet i USA før de har kommet til Norge og tilfanget av forskning og litteratur er naturlig nok større i engelskspråklige databaser, også fra nordiskspråklige forfattere. Det har også vært viktig å søke i nordisk språklig database da mitt studium gjelder norske forhold og jeg vet at det er gjort relevant forskning i Norge. Jeg diskuterer mitt eget litteratursøk senere i oppgaven.

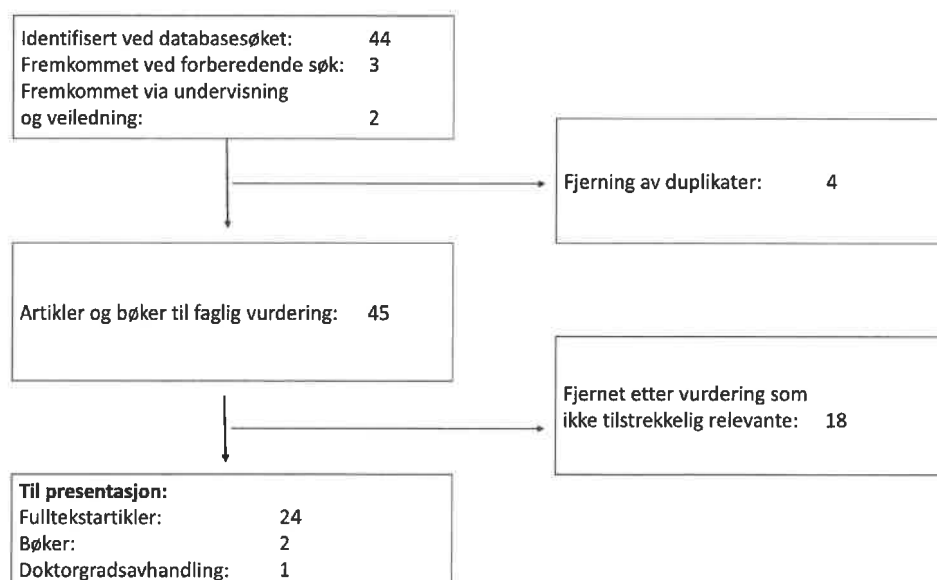
Jeg har valgt å søke i SveMed+, PsycINFO, MEDLINE og EMBASE. Søket i de tre internasjonale databasene ble gjennomført 13.08.2016 og SweMed+ 15.11.2016. Mine tre søkebegreper i litt ulike kombinasjoner i de tre engelskspråklige databaser er:

Psychoeducation – Assertive Community Treatment – psychosis. Disse søkene produserte artikler som kan være relevante og der antall artikler ikke ble overveldende. I SweMed+ strevde jeg med å finne et godt søkebegrep og jeg endte med å bruke *psychoeducation* alene da jeg ikke fikk brukbare treff på andre ord eller kombinasjoner. Dette frembrakte 13 treff. I Embase søkte jeg med alle ordene *Psychoeducation – Assertive Community Treatment – psychosis*. Dette frembrakte 16 treff. I Medline fikk jeg 7 treff med de samme begrepene. Jeg fikk 8 treff i PsychInfo der jeg bare brukte *Psychoeducation - Assertive Community*

Treatment. 13 i SweMed+. Jeg endte da opp med til sammen 44 treff. Blant treffene var det både artikler og bøker.

Som eksempel vil jeg vise til prosessen i Embase. *Psychoeducation* alene gav 5933 treff, *Assertive Community Treatment* gav 870 treff og *Psychosis* gav 117025 treff. *Psychoeducation* kombinert med *Assertive Community Treatment* reduserte treffene til 40 og videre kombinert med *Psychosis* ble det redusert ytterligere til 16.

Etter en første sortering og gjennomlesing la jeg vekk 22 av de samlede søkene. Den viktigste grunnen til at jeg la dem vekk var at pasientgruppa de omhandlet ikke var tilstrekkelig relevant. Noen artikler handlet om andre forhold enn de som berøres i min oppgave og en artikkel var en rettelse av en annen. Det var også dubletter. Etter reduksjonen har jeg nå 9 fra Embase, 1 fra Medline, 7 fra PsychInfo og 5 fra SweMed+. Jeg har inkludert tre artikler funnet i mine forberedende søk, en gjennom veiledning, samt doktorgradsavhandling til Liv Nilsen som jeg ble presentert for på kurs i PEF ved TIPS Helse Sør Øst i mai 2015. Følgende grafiske fremstilling viser utsorteringen:



I det følgende vil jeg presentere det materialet jeg mener best belyser mitt tema. Jeg har valgt å gruppere dem etter ulike temaer for å øke leservennligheten. Temaene jeg har valgt er

Family Based ACT, Psykoedukativt Familiesamarbeid, OPUS-studiene og ACT og generelle anbefalinger for behandling av alvorlig psykisk lidelse.

2.2.1 Family-aided ACT

I dette punktet legger jeg blant annet fram forskning som viser at Family-aided ACT har effekt for ungdom og i TIPS-behandling. ACT og PEF forsterker hverandre, men det er lite forskning på implementering og PEF har en vanskelig forhistorie.

Et større studium har vært gjennomført i USA for å undersøke om behandlingen etter modellen Family-aided ACT har bedre resultater enn ordinær behandling. Undersøkelsen er gjort i behandlingsprogrammet EDIPP, Early Detection, Intervention, and Prevention of Psychosis Program, tilsvarende TIPS i Norge (McFarlane et al., 2015). I artikkelen vises det at Family-aided ACT er en effektiv behandlingsmetode for å redusere psykotiske symptomer, øke GAF (Global assessment of functioning - vurdering av psykisk symptombelastning, *min merknad*), deltakelse i skole og arbeidsliv og reduserer sjansene for varige psykotiske problemer. Undersøkelsen gjelder som nevnt, ungdom og tidlig intervensjon.

I en annen artikkel viser McFarlane med flere at Family-aided ACT som tilbyr psykoedukative flerfamiliegrupper, har lavere tilbakefallsrater enn team som tilbyr enkeltfamiliegrupper (McFarlane, Lynch, & Melton, 2012).

Wendy Chow med flere, publiserte i 2010 en artikkel der de gjør rede for et studium som evaluerer oppstart av psykoedukativt familiesamarbeid i ACT-team i Nord-Amerika. Det spesielle er at de undersøkte teamene tilbød tjenester til etniske minoriteter, spesifikt tamiler og kinesere. Familienes generelle helse, opplevde byrde og forståelse for pasienten ble målt før og etter intervensjonen. Undersøkelsen ble gjort ved hjelp av fokusgrupper og kvalitativ metode og fant at familiemedlemmene hadde en økt forståelse for pasientene og redusert familietrykk etter intervensjonen. Kulturell kompetanse ble ansett som en viktig faktor for måloppnåelse.

Videre gjør artikkelforfatterne rede for forskning om de gode virkningene av psykoedukativt familiesamarbeid og ACT. En aktuell slik forsker er McFarlane som jeg referer til andre steder i oppgaven. I konklusjonen fremhever artikkelen hvordan psykoedukativt familiesamarbeid og ACT-behandling gjensidig kan forsterke hverandre.

Den doble rollen til klinikerens som en gruppeleder i PEF og som kontaktperson i ACT, plasserer ham i en ideell posisjon til å kunne levere begge tjenester til riktig tid (Chow et al., 2010, s. 368).

ACT styrket PEF fordi klinikerens gjennom ukentlige ACT-besøk kunne følge opp avtaler fra tidligere PEF-grupper, sørge for støtte og rose positive endringer. Utvikling av temaer som var relevant for PEF-grupper kunne også jobbes med i mer passende situasjoner på grunn av ACT-besøkene. PEF-arbeid styrket ACT-behandlingen ved at pasientene fikk bedret kommunikasjonsferdighetene samt økt forståelse og tillit til behandlingsapparatet og familiemedlemmene.

Avslutningsvis tar artikkelforfatterne opp mangelen på litteratur knyttet til implementering av PEF i ACT-team. De finner dette uten god forklaring da dokumentasjonen på metodenes virkning er god. Potensielle barrierer kan fremdeles være, selv for et ACT-team, de ekstra ressursene nødvendig for PEF, den relativt lange varigheten for implementering, tid og energi nødvendig for å mobilisere familiemedlemmer og den ofte misforståtte nødvendigheten av å holde på pasientenes konfidensialitet overfor familien (Chow et al., 2010, s. 370).

William McFarlane, nevnt over, er en aktiv forsker og fagutvikler. Allerede i 1997 lanserte han begrepet Family-aided ACT – Family Psychoeducation and Assertive Community Treatment i artikkelen ”Fact: Integrating Family Psychoeducation and Assertive Community Treatment” (McFarlane, 1997). Han tok da utgangspunkt i to ”state-of-the-art” behandlingssystemer som hadde vist gode resultater hver for seg i RCT-studier. Han viser til nylig forskning som antyder en mulig synergieffekt ved utvalgte mål når disse to tilnærmingene blir integrert. Han begrunner dette ved å vise til at tilgjengelig sosial støtte kan være en kritisk faktor i forhold til å påvirke sykdomsforløpet og resultatet av behandlingen, særlig for personer med en sykdom som schizofreni.

Han gjør først rede for den vanskelige tidlige historien mellom familierterapien og den psykoedukative bevegelsen. Dette hadde utspring i Batesons double bind teori. Over tid forlot familierterapien tanken om at familien alene var opphav til schizofreni og biologiske forklaringsmodeller tok over. Dette åpnet ifølge denne artikkelen for at opplæring og rådgivning til familier fikk større plass. Videre gjøres det i artikkelen rede for de gode resultatene fra arbeid med PEF i strukturert form.

I sin konklusjon hevder han at integrering av ACT og PEF er en fornuftig, empirisk støttet tilnærming. Integrasjonen kan sørge for størst mulig koordinering mellom alle de viktige personene og sosiale kreftene som har påvirkning på en persons boligsituasjon, utdanningsforløp, arbeidssituasjon og sosiale liv. Integreringen av PEF og ACT kombinerer de unike styrkene til hver tilnærming og kan potensielt forsterke resultatet, kanskje også gi en synergieffekt. Han avslutter med å peke på kostnadseffektiviteten der han skriver at en implementering ikke vil medføre større ressurskrav enn én time per måned per pasient (McFarlane, 1997).

I boka "Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness" fra år 2000 har McFarlane skrevet et kapittel med tittel "Psychoeducational multi-family groups: Adaptations and outcomes". Her presenteres behandlingsmodellen der man i ACT-team integrerer psykoedukative flerfamiliegrupper. Det fremheves som en optimal metode for å få en god allianse med familien og sørge for god familiestøtte. I denne modellen er det behandlerne i ACT-teamene som skal sørge for å involvere familiene i den pågående behandlingen. Det skal legges vekt på reetablering i utdanning eller arbeid, tidlig kriseintervensjon og forebygging av tilbakefall (McFarlane, 2000).

2.2.2 Psykoedukativt Familiesamarbeid

Forskning viser at gruppeledere i PEF har mange utfordringer og artiklene under antyder at det bør jobbes grundig med hvilke pasienter som får tilbudet og at ikke alle familier ser ut til å profitere på metoden. Implementeringen er krevende og det er et paradoks at implementeringen ikke gis større tyngde. Effekten av PEF er ikke like godt dokumentert utenfor USA.

Lucksted, McFarlane med flere har skrevet en artikkel der de går gjennom forskning på PEF fra årene 2001 til 2012: "Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice" (Lucksted et al., 2012). Forskning på ulike varianter av PEF i USA fortsetter å frembringe i hovedsak positive effekter for voksne med schizofreni. Forskning på effekten for brukere også utenfor USA er økende. Ulike metoder og variasjoner av PEF gjør det vanskelig å trekke samme konklusjoner for brukere fra andre land og kulturer, selv om kjernefunksjonene i metoden skinner i gjennom. Det finnes i dag ikke tilstrekkelig mange

RCT-studier internasjonalt til å kunne trekke sikre konklusjoner vedrørende effekten av PEF globalt.

De viser videre til nyere forskning som måler opplevd familiebyrde for familier som har mottatt PEF. Disse resultatene er blandede og noen funn kan tyde på at familiebyrden kan øke etter å ha blitt eksponert for blant annet suicidale tanker hos sitt syke familiemedlem. Artikkelforfatterne understreker derfor betydningen av å jobbe med å redusere slike stressorer for familien. Videre peker artikkelen på viktigheten av å tilpasse PEF. Hver deltaker og hver families erfaring er unik og det å skreddersy psykoedukasjonstilbudet til den enkelte diagnose, sosiokulturelle gruppe og familiesituasjon er avgjørende for graden av effekt.

Avslutningsvis peker artikkelforfatterne på implementeringsparadokset. På tross av god dokumentasjon av metodens effekt, er den kun tatt i bruk i beskjedne grad. Årsakene til dette er sammensatte. Positive kostnadsreduksjoner etter innføring av metoden har ikke blitt dokumentert. Videre har det i USA ikke vært system for offentlig refusjon av utgifter knyttet til PEF. *I Norge er PEF refusjonsberettiget når den gis i regi av spesialisthelsetjenesten. Min kommentar.* Metoden kan vurderes som lite målbar da effekten inntreffer gjennom et langt forløp. Mange klinikere holder heller fast på sin teoretiske utdanning og er lite villige til å prøve nye metoder. Både pasienter og familiene deres har vært nølende til å delta i PEF. Frykt for stigmatisering og manglende tillit til helsevesenet kan være en forklaring. Konkrete dårlige erfaringer kan også være en faktor. Skandinaviske land, med TIPS i Norge og OPUS i Danmark, trekkes i artikkelen fram som foregangsland. Her er PEF blitt forsøkt implementert gjennom større satsinger og har fått positive tilbakemeldinger fra behandlere. Likevel er det heller ikke i disse landene blitt gjort undersøkelser på graden av implementering eller effekt.

Liv Nilsen disputerte 2. oktober 2015 med doktorgradsavhandlingen "Participants and health professionals experiences with family work in first episode psychosis. A qualitative study" (Nilsen, 2015). Avhandlingen studerer hvordan psykoedukativt familiesamarbeid blir opplevd av både pasienter, familiemedlemmer og behandlere. Pasientgruppen er mennesker som opplever psykose for første gang.

I artikkel tre fra avhandlingen har Nilsen identifisert flere utfordringer for gruppelederne (Nilsen, 2015, s. 59). I rekrutteringen til PEF-deltakelse ble det opplevd som utfordrende å motivere og oppmuntre pasientene samtidig som pasientenes uavhengighet skulle ivaretas.

Det ble også opplevd som vanskelig å skulle etterleve manualen og samtidig skape et godt læringsmiljø. Flere viktige faktorer for å lykkes diskuteres i avhandlingen. Familiebehandling bør iverksettes så tidlig som mulig i sykdomsforløpet og mye godt arbeid kan gjøres før familiene eventuelt blir invitert til å delta i en gruppe. Det bør også gjøres en vurdering av hvilke pasienter og familier som vil profitere på enkeltfamiliegrupper og flerfamiliegrupper. Pasientens egen oppfatning av sykdommen er også viktig. Noe grad av innsikt i sykdommen og det å se behov for å jobbe med egen bedring, synes avgjørende for at deltakerne blir værende i gruppeforløpet. Det synes viktig å ha tydelig fokus i alliansesamtalene på at mange deltagere vil kunne få en opplevelse av engstelse og spenning underveis i gruppene. Opplæring av gruppeledere er viktig for kunne skape et trygt og støttende læringsmiljø.

Norheim og Mjøsund arbeidet i 2010 i FoU-avdelingen ved Vestre Viken HF. De skrev artikkelen "Familien som ressurs i bedringsprosessen". Artikkelen refererer aktuell forskning om PEF og psykose og de gode resultatene dette har skapt. De referer også en tilfredshetsundersøkelse fra januar 2010 der deltakerne gir positive tilbakemeldinger. Jeg vil fremheve det artikkelforfatterne skriver om implementering av metoden i Vestre Viken HF. De forteller at det er tidkrevende å implementere metoden som en del av et helhetlig behandlingstilbud til personer med psykose. Implementeringen krever koordinering og samarbeid på tvers av avdelinger og enheter. Det kreves også et utstrakt informasjonsarbeid samt en god ledelsesforankring. Organisatoriske forhold har vist seg som barrierer for å implementere PEF. I Vestre Viken startet arbeidet med initiativ fra fagpersoner i direkte pasientarbeid. Engasjement fra gruppeledere, virksomhetsledere og gode erfaringer fra gruppedeltakerne førte til etableringen av et prosjekt for implementering av PEF i foretaket (Norheim & Mjøsund, 2010).

Norheim, Nilsen og Biong har i 2015 skrevet artikkelen "Familiemedlemmer bør gis undervisning om psykoselidelser tidlig". Artikkelforfatterne har gjort en undersøkelse med formål å finne ut hvilke erfaringer personer med en psykoselidelse og deres familiemedlemmer har fra å delta i en flerfamiliegruppe. Åtte personer deltok i undersøkelsen som ble utført mellom 2008 og 2011. Studien viste at kunnskap og forståelse for hva det vil si å leve med en psykoselidelse, er en lengre prosess der hovedpersoner og familiemedlemmer trenger ulike former for fagkunnskap og erfaringskunnskap. Flerfamiliegrupper dekker nødvendigvis ikke hele dette behovet. Deling av erfaringskunnskap ser ut til å gi hjelp til å håndtere hverdagen. Flerfamiliegrupper ser ut til å bidra til en kunnskaps- og

forståelsesprosess. Pasientene opplevde gruppene som utfordrende i starten og strakk seg langt for å oppfylle familiemedlemmenes ønske om å delta. Hovedpersonene opplevde det som bra at gruppelederne gav støtte og hjelp til å formidle seg. Dette forutsetter en god relasjon før gruppestart, noe det jobbes med i alliansearbeidet. Gruppelederne har en viktig rolle i å lette pasientenes angst og spenning både før og under gruppeforløpet. Funnene tyder på at deltakerne erfarte det som bra å være sammen i et fellesskap, uavhengig av hvor mye de formidlet seg. Deltakelse gir opplevelse av å ikke være alene og kan utvide nettverket, gi sosial støtte og styrke mestringsevnen i møte med påkjenninger. Det å kunne gi støtte kan også oppfattes som støtte for egen del (Norheim, Nilsen, & Biong, 2015).

Dr. Håvard Bentsen, da ansatt ved Klinikk for psykiatri ved Aker universitetssykehus, har skrevet artikkelen "Does psychoeducational family intervention improve outcome of schizophrenia?" (Bentsen, 2003). Han viser tilbake til 1970-tallet og oppstarten til psykoedukativt familiesamarbeid. Pasientene ble etter hvert i større grad behandlet utenfor hjemmet og antipsykotisk medikasjon gjorde dette mulig, men var ikke tilstrekkelig. Mange pasienter tok ikke medisinen som foreskrevet og høy grad av kritikk og overinvolvering fra foreldre bidro til dårligere forløp og risiko for tilbakefall. Man ville forsøke å påvirke disse forholdene gjennom familiebehandling. Når man nå visste at schizofreni snarere skyldtes en medfødt legning enn foreldrenes adferd kunne behandlernes bebreidelse av foreldrene erstattes med velvillig samarbeid. Erfaringer fra systemisk familieterapi og kognitive atferdsendrende metoder kunne tas i bruk for å hjelpe familiene.

Bentsen går så gjennom prinsippene ved de ulike familieedukasjonsprogrammene slik jeg har vist til over, blant annet i punkt 1.2.2. I artikkelen refererer han til sin egen undersøkelse knyttet til hvilken virkning PEF har på målfenomener, særlig psykotiske tilbakefall. Har PEF virkning utover individualbehandling? Er noen typer familiebehandling mer virksomme enn andre og i hvilken grad anvendes slik behandling i Norge? Bentsen antyder flere konklusjoner basert på sitt studium. Innholdet i familiebehandlingen bør fokusere på "hvordan" og ikke "hvorfor" for å redusere bebreidende holdninger fra behandlerne. Behandlernes kompetanse og engasjement ser ut til å påvirke utfallet og de bør gis opplæring i metoden. Korttidsprogrammer ser ikke ut til å gi varige endringer. Langtidsprogrammene virker å være potente. Enkeltfamiliegrupper ser ut til å gi klart større effekt enn individualbehandling.

Flerfamiliegrupper ser ut til å gi like god effekt som enkeltfamiliegrupper. Rene pårørende grupper ser ikke ut til å forebygge tilbakefall bedre enn individualbehandling.

Ulike forhold ved pasienten påvirker også utfallet. For førsteepisodepasienter ble enkeltfamiliegrupper anbefalt da familiene strevde med diagnostisk tvil og stor omstilling. Pasienter med kort eller lang sykehistorie burde derfor tilbys intervensjon med ulikt innhold. Bentsen forteller videre at ulike undersøkelser rapporterer ulike erfaringer med å få familiene med i behandlingen, både ved korte og lengre sykdomsforløp. Han refererer en undersøkelse som hevder at de sykeste har fordel av flerfamilieformatet fremfor enkeltfamilieformatet. Samme undersøkelse viser at pasienter med rusmiddelmisbruk opplevde vesentlig større familieproblemer og var mer motivert for familiebehandling enn dem uten. Ulike forhold ved familiene så også ut til å kunne påvirke utfallet for pasientene. Undersøkelsene var gjort blant pasienter som enten bodde hjemme eller tilbragte minst fire timer sammen med familien hver uke. Bentsen antyder at effekten av familieintervensjon vil øke jo mer kontakt pasienten har med familien, men dette ble ikke undersøkt. Psykoedukativt familiesamarbeid ble blant annet utviklet for å hjelpe familier med høy grad av følelsesmessige uttrykk, eller Expressed Emotions (EE). I senere studier har man undersøkt resultatene av PEF når også familier med lav grad av EE har deltatt. Noen av studiene viser at det har gått dårligere med disse familiene og at de ikke bør tilbys slik behandling. De bør heller tilbys følelsesmessig bearbeiding og hjelp til å komme gjennom sorgen. Vurdering av følelsesmessig uttrykk vil derfor være nyttig når man skal starte opp et familiebehandlingsopplegg.

Behandlingen med flerfamiliegrupper har røtter tilbake til 1960-årene. Statens helsetilsyn utga i 2000 heftet "Schizofreni; kliniske retningslinjer for utredning og behandling." I heftet anbefales familiesamtaler etter psykoedukative prinsipper. Bentsen skriver videre at holdningen blant helsepersonell i psykiatrien overfor pårørende til pasienter med schizofreni synes å ha endret seg sterkt i positiv retning i løpet av 1990-årene, men til tross for dette er ikke langvarige familieintervensjonsprogrammer satt i system her. Dette skriver han altså i 2003.

Nilsen med flere skrev i 2009 en artikkel der de refererer sin undersøkelse blant ni pasienter med langvarig psykosesykdom som ble behandlet med psykoedukativt familiesamarbeid i flerfamiliegrupper. Resultatene viste at pasientene hadde en signifikant forbedring både i symptomtrykk og funksjonsnivå. Pasientenes opplevelse av engstelse og kontrollbehov hos

familien ble redusert og familienes opplevelse av pasientene var stabile. Deltakerne rapporterte om høy grad av brukertilfredshet og bedre mestringsstrategier. Familiemedlemmene opplevde at de ble sett og hørt og at de ble regnet som en viktig ressurs i behandlingen (Nilsen, Kjønneøy, & Smeby, 2009).

2.2.3 OPUS-studiene

I Danmark tilbys mange nysyke psykosepasienter en behandlingsmodell de kaller OPUS. Denne behandlingsmodellen er basert på den amerikanske modellen Family-aided ACT - ACT med tillegg av psykoedukativt familiesamarbeid og IPS – Individual Placement and Support. Forskning på den danske OPUS-behandlingen viser at behandlingen gir større grad av bedring enn andre behandlingstyper de første årene. Etter noen år flater forskjellen ut og det er behov for å undersøke hvorfor. Det kan være grunn til å differensiere familietilbudet i OPUS.

Agius med flere viser i en sammenligningsstudie at pasienter i OPUS på alle områder har større bedring i forhold til pasienter i andre typer behandlingsteam. Pasientene fortsetter i større grad å ta medisiner etter tre år, har færre selvmordsforsøk, færre tvangsinnleggelses og tilbakefall. De har i større grad krisemestringsplaner, bor fremdeles i større grad hjemme hos pårørende som oftere mottar familiestøtte, enn pasientene i de andre teamene. Bruken av illegale rusmidler er lavere. Alle funn i undersøkelsen er statistisk signifikante med unntak av funnene knyttet til bruk av rusmidler. Her var svarprosenten for lav (Agius, Shah, Ramkisson, Murphy, & Zaman, 2007).

En annen studie av OPUS-behandlingen har vurdert kost/nytte-effekt av behandlingen. Etter to års behandling viser en GAF-score at nytteverdien var signifikant høyere for pasienter i OPUS enn pasienter utenfor. Kostnaden for behandlingen var relativt lik. Etter fem år hadde ulikhetene i GAF jevnet seg ut. Studien konkluderer med at det er en høy sannsynlighet for at OPUS er mer kostnadseffektiv enn vanlig behandling (Hastrup et al., 2013). Denne undersøkelsen drøfter ikke fenomenet med at GAF-scorene for de to pasientgruppene jevnes ut etter fem års behandling.

En tredje artikkel basert på undersøkelser av OPUS viser at behandlingsmetoden er effektiv, men at effekten av behandlingen avtar når pasientene blir skrevet ut og overført til ordinær

behandling. Forfatterne trekker fram at funnene støttes av flere mindre undersøkelser, blant annet en norsk, men at det er behov for å avvente nye resultater fra nye OPUS-studier noen år etter forrige studie (Nordentoft, Rasmussen, Melau, Hjorthoj, & Thorup, 2014).

En forskningsprotokoll av Melau med flere forbereder en studie nettopp med formål å undersøke hvorfor den positive kliniske effekten ikke fortsetter fra to til fem år etter behandlingsstart (Melau et al., 2011).

Lyse med flere har gitt ut en artikkel som diskuterer fraværet av psykoedukativt familiesamarbeid som generell behandlingstilnærming for pasienter med schizofreni i Danmark. Dette på tross av god evidens for metoden. De referere en undersøkelse blant 55 pasienter i Danmark som ble tilbudt PEF i tillegg til medikamentell behandling og psykoterapi. Av de 55 samtykket 31 til å delta og 20 fullførte programmet over to år. Fravær av samtykke fra pasient eller familie og lang reiseavstand til behandlingsstedet var hovedforklaringen på manglende deltakelse. Studiet indikerer behovet for å tilby mer fasespesifikk familietilnærming for å nå flere familier. Lav tetthet av nye schizofrenitilfeller nødvendiggjør at behandlingsstedene koordinerer tilbudene sine for å danne homogene pasientgrupper og sørge for koordinert opplæring og veiledning av ansatte (Lyse et al., 2007).

I en artikkel publisert i år 2000, knyttet til det danske OPUS-studiet, beskriver Jørgensen med flere, funn som indikerer at tidlig intervensjon og intensiv behandling ved psykoseutvikling kan styrke behandlingsresponsen og prognosen. Dataene i studiet er foreløpige og på forslagsstadiet. Foreløpige funn indikerer at de inkluderte pasientene responderer bedre på en modifisert ACT-behandling enn en ordinær. Modifiseringen består av styrket fokus på arbeid og familieedukasjon. Artikkelforfatterne summerer opp sine funn i syv punkter der jeg vil fremheve punkt fem, der de hevder at man for å oppnå kontinuitet i kontakt med familier og pasienter, må iverksette ACT-behandling (Jørgensen et al., 2000).

2.2.4 ACT og generelle anbefalinger for behandling av alvorlig psykisk lidelse

Evaluerende forskning viser at behandling av schizofrenipasienter de siste tiår har dreid fra symptomreduksjon til bedringsprosesser. Det er behov for videre å bygge ut evidensbaserte tilnærminger i behandlingsmetodene. Det vises også til at behandlingsresultatene avtar om intensiteten i behandlingen trappes ned. Forskning viser at ACT med tillegg av evidensbaserte

ikke nødvendigvis er bedre enn rendyrket ACT. Hvorfor er det eventuelt slik? Det stilles også spørsmål ved hvorfor det ikke har vært mulig å gjenskape de gode resultatene i ACT i land utenfor USA og Australia.

Seeman tar utgangspunkt i at man gjennom noen tiår nå vet mer om den komplekse kausaliteten rundt schizofreni (Seeman, 2009). Responsen på ulike behandlingstilnærminger og forebyggende intervensjoner varierer. Han har sammenlignet en evaluerende studie fra 1979 med dagens anbefalte behandling. Gjennom denne perioden har det skjedd mange små forandringer og noen svært viktige forbedringer. Pasientenes autonomi er styrket, tidlig intervensjon er innført sammen med oppsøkende behandlingsteam, psykoedukasjon og kognitiv adferdsterapi. Bedring, snarere enn symptomreduksjon, har blitt hovedmål for behandling. På tross av mange forandringer er den generelle helsen til schizofrenipasienter dårlig og dødsratene er overveldende. Artikkelforfatteren hevder at forbedringene i behandling av schizofreni er utilstrekkelige gjennom de siste 30 år.

Pitkanen og Puolakka har gjort en evaluering av flere studier med målsetting om å syntetisere den beste tilgjengelige evidens for effekten av psykologiske og psykososiale intervensjoner for å øke livskvaliteten til schizofrenipasienter. Slike intervensjoner kan være psykoedukativt familiesamarbeid, kognitiv adferdsterapi, sosial trening og arbeidsstøtte. I artikkelen vises til ulike undersøkelser og at flere av disse konkluderer med at de ikke har data som er konkluderbare. I tillegg ble det hevdet at validiteten i refererte RCT-studier kan være for tvilsom til å undersøke effekten av ulike intervensjoner (Pitkanen & Puolakka, 2013).

Kim Mueser ved Universitetet i Boston har vært sentral i framveksten av nyere psykososiale intervensjoner i behandlingen av schizofreni. I artikkelen "Psychosocial treatments for schizophrenia" gjør han en gjennomgang av dagens behandlingsanbefalinger. Han hevder at det er gjort betydelig framgang i å etablere empirisk støttede behandlingsmetoder mot schizofreni. Utfordringen er at disse behandlingsformene, selv om de er lovende og etablerte, ikke er tilgjengelige i typiske polikliniske behandlingseenheter. Dette tilsier behov for å omskape og utbygge evidensbaserte tjenester for å forbedre resultatene i behandlingen av schizofreni i fremtiden (Mueser, Deavers, Penn, & Cassisi, 2013).

McFarlane med flere har gjort en studie der de også vurderer virkningen av å arbeide målrettet med jobbstøtte i Family-aided ACT, sammenlignet med behandling i andre oppfølgingsteam.

De fant at andelen arbeidsledige og dropouts ble redusert og deltakere i ordinært, støttet og frivillig arbeid økte. Deres antagelser er at når alle deler av pasientens nettverk blir engasjert i å støtte tilnærming til arbeidslivet, får man tilgang på et uformelt jobbmarked, personlig støtte og nye muligheter. Psykoedukative flerfamiliegrupper er sentralt virkemiddel i denne prosessen. Forfatterne hevder at resultatene er lovende, men ikke så gode som håpet. De peker blant annet på at resultatene avtar om behandlingen trappes ned etter 18-24 måneder (McFarlane et al., 1999).

I artikkelen "Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses" argumenterer dr. Kopelowicz og dr. Liberman fra UCLA for integrering av medisinsk behandling og rehabilitering av personer med alvorlige psykiske lidelser. Innledningsvis hevder de at selv om det prinsipielt sett ikke er noen forskjell på behandling og rehabilitering, så har forståelsen av de to begrepene etter hvert blitt ulik. Dette fordi forskere og praktiskere har fokusert sine arbeider til ulike domener. Behandling og rehabilitering handler om funksjonstap, kognitiv svikt og symptomer som reflekterer underliggende strukturell og funksjonell patologi i hjernen. De introduserer en modell inndelt i tre; forebygging, behandling og rehabilitering. Under behandling plasserer de tidlig diagnostisering og intervensjon, evidensbasert behandling og forebygging av tilbakefall. I rehabiliteringsfasen er målsettingen normalisering av funksjonsnivået.

I sin modell vurderer de seks ulike områder av pasientens liv; livskvalitet, uønsket adferd i samfunnet, bivirkninger av medisin, generelle livsfunksjoner, samarbeid om medisinsk behandling og symptomtrykk. Deres anbefaling er en behandlingsmodell som integrerer psykoedukativt familiesamarbeid, antipsykotisk medikasjon og sosial ferdighetstrening. I artikkelens konklusjon trekker de fram seks viktige anbefalinger.

Medikamentell behandling er den viktigste intervensjon mot psykotiske symptomer og reduksjon av tilbakefallsrisiko. Videre hevder de at den eneste måten medikamentell behandling kan føre til økt psykososialt funksjonsnivå på, er at personen har tilegnet seg relevant psykososialt nivå før psykosen ble utviklet. For det tredje hevder de at psykososial behandling utelukkende har effekt på psykososialt ferdighetsnivå, og da bare om det er målrettet, inneholder praktisk trening og kompensatorisk støtte. Psykosial trening kan bare redusere symptomer og tilbakefallsfare i den grad treningen også er effektiv i reduksjon av stressorer som øker sårbarheten og at treningen medvirker til økt medikamentell etterlevelse.

Både medikamentell og psykososial behandling er doseavhengig. Det er godt kjent at antipsykotisk medikasjon kan ta tid for å gi terapeutisk virkning, gi plagsomme bivirkninger ved høy dose og gi økt tilbakefallsfare ved seponering. På samme måte kan psykososial trening forårsake stress og økte symptomer dersom den gis uten struktur og i for store doser. Psykososial trening må også vedlikeholdes over lengre perioder og tilbys som intensiv behandling i gjentatte faser for å opprettholde terapeutisk og rehabiliterende effekt. Deres femte anbefaling er at psykososial ferdighetstrening har størst virkning hos pasienter som er i en stabil sykdomsfase med fravær av blomstrende psykotiske symptomer. En stabil medikamentell situasjon legger godt til rette for å nyttiggjøre seg psykososial trening. Ved tilbakefall bør psykososial trening begrenses til å berolige pasienten, redusere ytre stimuli og styrke innsikten i egen sykdomsforståelse. Deres siste anbefaling er å rette psykososial ferdighetstrening inn mot praktisk, konkret problemløsning av hverdagsutfordringer og skrittvis utforming av uavhengige og sosiale livsmestringer. Mål bør være konkrete og oppnåelige (Kopelowicz & Liberman, 2003).

Yeager med flere har i 2013 skrevet boka "Modern community mental health: An interdisciplinary approach". Boka er utgitt i New York og jeg har ikke lyktes å få tak i et eksemplar for lesing. I sammendraget på omslaget står den presentert som en banebrytende bok som gir et svar på utfordringene i moderne helsevesen. Boka inneholder kapitler av ulike forfattere og presenterer integrerte og tverrfaglige tjenester som den beste behandlingen. Sentralt står individuell jobbstøtte, ACT-team, kriseintervensjonstrening, PEF og botrening (Yeager, Cutler, Svendsen, & Sills, 2013).

Et nederlandsk legeteam har gjort en undersøkelse av ulike forhold ved ACT som bringer fram viktige funn. I artikkelen "Adding evidence-based interventions to assertive community treatment: A feasibility study" beskriver de først en sammenligning mellom ACT og andre oppsøkende team. ACT viser ingen fordeler i forholdet til de andre typene med unntak av en faktor. ACT har betydelig bedre resultater i å opprettholde kontakt med pasienter som er vanskelige å bygge en relasjon til. Disse funnene stemmer med undersøkelser som er gjort blant annet i Storbritannia.

Artikkelforfatterne ønsket å gå et skritt videre og gjennomførte derfor en undersøkelse om hva som kunne bidra til å gjøre ACT mer effektivt. Ulike evidensbaserte intervensjoner ble derfor

tilført noen ACT-team, blant annet PEF, jobbstøtte eller IPS, og kognitiv atferdsterapi. Disse intervensjonene har ikke tidligere blitt testet i behandling av pasienter det har vært vanskelig å bygge en relasjon til. Tilgjengelig ACT-team ble ikke ansett som tilstrekkelig opplært i disse intervensjonene og eksterne behandlere med spesialkompetanse ble engasjert. Det var også ønske om å skape en uavhengighet mellom daglig ACT-behandling og de psykososiale intervensjonene. Ordinære ACT-team og de styrkede teamene, kalt ACT Pluss ble sammenlignet etter to år. Selv om de fleste pasientene i ACT Pluss ble vurdert som aktuelle for å motta de ekstra intervensjonene, ble flere av dem ikke iverksatt. Dette ble forklart med at pasienten var i dårlig psykisk form, ikke tilgjengelig av ulike grunner eller at pasienten selv nektet å delta. 10 av 74 pasienter deltok i de ulike intervensjonene gjennom de to årene undersøkelsen varte. Både lav deltakelsesgrad og høy dropout blant pasientene i ACT Pluss var antydninger om at modellen hadde problematiske sider.

De ansatte som skulle ivareta de ekstra intervensjonene var ikke ordinære ansatte i ACT. I artikkelens diskusjonsdel blir det antydning at den spesielle relasjonen ACT-ansatte har til brukerne ville vært avgjørende for å få brukerne til å delta og i større grad forbli i intervensjonene. I tillegg antyder artikkelen at ACT-ansatte viste noe tilbakeholdenhet i å inkludere de ekstraansatte i sine relasjoner. En annen diskusjon ble knyttet til at eksterne behandlere ofte ikke har tilstrekkelig trening i å engasjere pasienter med langvarige alvorlige psykiske lidelser og problemer med relasjonsbygging. Artikkelforfatterne konkluderer med et forslag om å tilpasse psykososiale støtteintervensjoner til de spesielle utfordringene ACT-pasienter har og at dette bygges inn i retningslinjene. De foreslår også at andre måter å forbedre ACT-arbeidet på bør utvikles og testes (Sytema, Jörg, Nieboer, & Wunderink, 2014).

Tom Burns fra London, Storbritannia, har vært en entusiast og pådriver for ACT i mange år. Han har også gitt ut flere bøker om ACT, blant annet en manual for ansatte i ACT (Burns, 2003). I 2010 skrev han artikkelen: "The rise and fall of assertive community treatment". Her peker han på at ACT som metode har vært forsket på og kopiert av andre oppsøkende tilnærminger i en årrekke. ACT er en klart definert metode og har anerkjente skalaer å måle modelltrofastheten etter. Det siste tiåret før artikkelen ble skrevet har forskning som tidligere har dokumentert reduserte sykehusinnleggelses for brukerne av tjenesten, ikke vært mulig å repetere. Inkonsistensen i forskningen har medført stor debatt og ledet til en ny kontrollstudie i England. I denne studien kunne en se at variasjon i liggedøgn på sykehus ikke hadde sammenheng med variasjon i modelltrofasthet. Heller ikke lavere caseload så ut til å ha noen

innflytelse. Team med 1:35 i caseload hadde samme innlegelsesgrad som team med 1:12. Mange trofaste ACT-behandlere og ulike forskningsmiljøer i USA og Australia følte seg angrepet uten grunn. Det ble lansert ulike forklaringer på forskningsresultatene, i hovedsak at det måtte være misforståelser i vurderinger av modelltrofastheten eller direkte feil i gjennomføringen av undersøkelsen.

I forbindelse med debatten rundt undersøkelsen ble forskerne i England i stadig større grad oppmerksom på at kontrollteamene ACT ble sammenlignet med, hadde tatt opp i seg metodikken til ACT. Det var med andre ord ikke like lett å skille mellom ACT og andre oppsøkende behandlingsteam. Som en konsekvens av dette tok mange i helsemyndighetene i England til ordet for å legge ned ACT og heller satse på billigere løsninger. Burns hevder at dette vil være å overforenkle problemstillingen. Implementering av ACT har hatt viktig og vidtfaavnende effekt og har ført til økt satsing på andre typer oppsøkende team (Burns, 2010).

Ødegård og Bjørkly har gjort en litteraturstudie for å undersøke kompleksiteten i samarbeidsrelasjonen mellom foreldre og behandlere i barne- og ungdomspsykiatrien (Ødegård & Bjørkly, 2012). Forfatterne viser at perspektiv på samarbeidsrollen kan forklares ut fra et systemisk førsteordens eller andreordens perspektiv. Ekspertrollen springer ut av førsteordens tenking, og rollen der man sammen utforsker meningssystemet er en andre ordens rolle. Når behandlere og familie møtes og gjensidige forventninger til hvilke roller som skal inntas ikke er avklart, kan dette underminere samarbeidet og hindre vekst og bedring.

Gjennom litteratursøkgjennomgangen har jeg vist at PEF er en anerkjent og godt dokumentert metode. Kombinasjonen av PEF og ACT er dokumentert i USA og utprøvd i Danmark som TIPS-intervensjon. Imidlertid kan det reises spørsmål ved de varige virkningene. Manglende implementering av PEF i ACT-team løftes av en sentral forfatter fram som et paradoks da dokumentasjonen på effekten synes god (Lucksted et al., 2012).

3 Metode

Forskning og den samfunnsvitenskapelige metode har som formål å bidra med kunnskap om hvordan verden ser ut. Vi må gå metodisk til verks. Å velge metode er å velge en bestemt vei mot målet. Samfunnsvitenskapelig metode dreier seg om hvordan vi skal gå fram for å skaffe informasjon om den sosiale virkeligheten og om hvordan informasjonen skal analyseres og tolkes. De viktigste kjennetegnene er systematikk, grundighet og åpenhet. Metodelæren dreier seg blant annet om hvordan vi skal gå fram for undersøke om våre antagelser er i overensstemmelse med virkeligheten eller ikke (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2010).

Forskningsprosessen kan deles inn i fire faser – forberedelse, datainnsamling, dataanalyse og rapportering. Forberedelsesfasen kan følges i oppgavens punkt 1 og 2. Datainnsamling og analyse bestemmes ut fra hvilket forskningsdesign som jeg mener best kan belyse oppgavens målsettinger. Rapportering kan være i form av denne masteroppgaven eller for andre formål artikler eller foredrag. Det er spesielle konvensjoner for hvordan vitenskapelige tekster skal settes opp (Johannessen et al., 2010).

3.1 *Valg av forskningsdesign og vitenskapsteoretisk perspektiv*

Design er et begrep hentet fra formgivning. Også i forskning dreier design seg om formgivning (Johannessen et al., 2010, s. 73). Ut fra min målsetting for oppgaven har jeg valgt å anvende et beskrivende, ikke-eksperimentelt design som jeg tror kan belyse målsettingene best og ende opp med et ferdig produkt.

Kvantitative metoder anvender tall og bruker statistiske analyser for å belyse problemstillingen (Johannessen et al., 2010). Dette passer ikke i min oppgave. Jeg skal belyse spørsmål som "Hva er...?", "Hva betyr....?" og "Hvordan foregår...?" Kvalitative design gir grunnlag for fordypning i sosiale fenomener (Thagaard, 2013). Målet for den kvalitative metode er å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener, slik det oppleves for de involverte selv (Malterud, 2011). Formålet med min oppgave er å undersøke menneskelige erfaringer, erfaringer i bruk av psykoedukativt familiesamarbeid i ACT-team. Den kvalitative metoden egner seg for å oppnå forståelse heller enn forklaring. Jeg skal lete etter hva psykoedukativt familiearbeid består av i ACT-team, hvordan det kan avgrenses og hvordan det forholder seg til annet familiearbeid. En kvalitativ metode egner seg for mitt prosjekt da problemstillingen er kompleks og sammensatt og åpner for et mangfold av mulige svar.

Viktige vitenskapssyn for kvalitativ metode er hermeneutiske, fenomenologiske og sosialkonstruksjonistiske tilnærminger og perspektiver. Et fenomenologisk vitenskapssyn tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og søker å oppnå en forståelse av en dypere mening i enkeltpersoners erfaringer (Thagaard, 2013). En fenomenologisk tilnærming synes å passe godt i min oppgave. Jeg vil undersøke ansattes erfaringer med bruk av psykoedukativt familiesamarbeid i ACT-team. Å undersøke erfaringer er å utforske og beskrive dem slik de fremstår i dataene, samtidig som jeg vil oppnå en dypere forståelse gjennom analysen.

En viktig målsetting med kvalitativ forskning er å oppnå forståelse av sosiale fenomener (Thagaard, 2013). Fenomenologisk filosofi er læren om ”det som viser seg”, det vil si tingene eller fenomenene slik de viser seg eller fremstår for oss. Fenomenologisk forskning er å utforske og beskrive mennesker og deres erfaringer med og forståelse av et fenomen (Johannessen et al., 2010, s. 82). Fenomenologien bygger på en underliggende antakelse om at realiteten er slik folk oppfatter at den er. Jeg skal beskrive de trekk som er felles ved de erfaringer som deltakere i mitt prosjekt gir uttrykk for. De felles erfaringer deltakerne har, gir et grunnlag for å at jeg kan utvikle en forståelse av det fenomenet jeg studerer (Thagaard, 2013).

Thagaard bruker to ord som overskrift for den kvalitative metode – systematikk og innlevelse. Systematikk ved at forskeren foretar grundige og omfattende vurderinger knyttet til prosessen. Innlevelse trekkes inn for å synliggjøre at forskeren må være åpen og mottakelig for inntrykk som kan belyse det som forskes på (Thagaard, 2013, s. 15). Temaene refleksivitet, relevans og validitet må i følge Malterud være bærende for innholdet. Refleksivitet tilsier at jeg i prosess og produkt skal vise vilje og evne til å sette spørsmålstejn ved mine egne metoder og konklusjoner (Malterud, 2011, s. 18). Skal oppgaven være relevant kreves det at oppgaven bringer ny erkjennelse som kan brukes til et eller annet (Malterud, 2011, s. 20). For god validitet må jeg i oppgaven ta stilling til om hva den sier noe sant om. I hvilket felt og i hvilken kontekst er kunnskapen innhentet og hva gjør dette i forhold til overførbarhet? (Malterud, 2011, s. 21).

3.2 Datainnsamling - fokusgruppeintervjuer

Jeg har valgt å gjennomføre datainnsamlingen som fokusgruppeintervjuer. I følge Malterud er denne tilnærmingen spesielt godt egnet hvis jeg vil lære om erfaringer, holdninger og

synspunkter i et miljø der mange samhandler (Malterud, 2011, s. s 133). Thagaard fremhever at fokusgrupper kan være nyttige for å få innsikt i holdninger og meninger hos personer innenfor det feltet vi skal studere (Thagaard, 2013). Gruppene består vanligvis av 5-8 deltakere og settes sammen så homogent som mulig slik at felles erfaringsgrunnlag kan vektlegges i samtalen. Fokusgrupper er en rasjonell metode for innhenting av kvalitative data og krever mindre ressursinnsats enn om hver deltaker skulle intervjues individuelt (Malterud, 2011, s. 134).

I fokusgruppeintervjuer kan gruppeleder eller moderator ha en mer styrende rolle enn i individuelle intervjuer. Moderator styrer samtalen slik at alle kommer til ordet og at samtalen samsvarer med teamet som skal belyses. Samtalen tas opp på lydbånd eller lignende og skrives ut i ettertid. Jeg har selv vært moderator og tror at mitt engasjement og min kunnskap om feltet har vært viktig for å få samtalen til å flyte. Jeg er kjent med faguttrykk både fra ACT-behandling og psykoedukativt familiesamarbeid. Samtidig tror jeg at jeg har fått et nærere forhold til materialet når jeg selv har vært til stede og aktiv i intervjuene.

I alle tre fokusgruppeintervjuene erfarte jeg at spørsmål jeg stilte, skapte spennende meningsutvekslinger mellom deltakerne. Denne meningsutvekslingen fremskaffet mer informasjon enn intervjuguiden i utgangspunktet la opp til og viser hvilken positiv kraft fokusgruppeintervjuer kan ha.

3.3 Utvalg

Ut fra mitt tema var det naturlig å intervju ACT- eller FACT-team om deres erfaringer med psykoedukativt familiesamarbeid. Metoden har som tidligere gjort rede for, en sterk anbefaling fra Helsedirektoratet, jamfør innledningen. Da jeg påbegynte planprosessen høsten 2015 trodde jeg at det ville være enkelt å finne team som brukte denne metoden. I november 2015 sendte jeg en mail via min teamleder til de andre relevante teamlederne med spørsmål om deres team tilbød denne metoden til sine brukere. Jeg fikk to svar, noe som burde bekymret meg mer enn det gjorde da. Et av teamene som svarte, bekreftet at de tilbød denne metoden, det andre teamet kunne tilby sine brukere tjenesten, men da fra en intern samarbeidspartner.

Da jeg hadde ferdigstilt prosjektplanen og fått den godkjent i april 2016, begynte jeg på en mer konkret rekruttering av informanter via telefonkontakt med teamledere. Det viste seg at

langt færre team har psykoedukativt familiesamarbeid som integrert arbeidsmåte enn jeg hadde trodd. Jeg måtte derfor bevege meg fra et strategisk utvalg i retning av et bekvemmelighetsutvalg der realistisk gjennomføringsmulighet måtte vektlegges (Malterud, 2011, s. 56-57). I mai 2016 gjorde jeg avtale med tre ulike team for intervju på starten av høsten. Et av teamene jobber ikke oppsøkende på samme måte som ACT/FACT og jeg vil senere i oppgaven gjøre rede for om dette eventuelt har skapt begrensninger for resultatet. Gjennom intervjuene og litteratursøket fikk jeg informasjon som kan være med å forklare hvorfor så få team bruker denne modellen. Dette kommer jeg også tilbake til i diskusjonsdelen.

De tre intervjuede teamene besto av medarbeidere med tverrfaglig yrkesbakgrunn, flest med helseutdanninger. To av teamene besto utelukkende av kvinner, et team hadde begge kjønn representert. Teamene hadde god aldersmessig spredning og mange informanter hadde lang erfaring fra arbeid i psykisk helsevern.

3.4 Utvikling av intervjuguide

I arbeidet med prosjektplanen la jeg vekt på å utarbeide en intervjuguide som i mine øyne var relativt strukturert og omfattende. Jeg var opptatt av at intervjuene i størst mulig grad skulle omhandle de samme temaene og at en styrende intervjuguide kunne hjelpe meg å sikre dette. En mer åpen og overskriftspreget guide ville kanskje kunne fanget opp andre viktige ting fra gruppene, men med bare tre intervjuer ønsket jeg ikke at temaene som ble diskutert skulle sprike alt for mye.

Gjennom egen deltakelse i PEF-kurs har jeg som nevnt blitt kjent med metoden og forskning knyttet til den. Jeg har blitt presentert for mye som støtter bruk av metoden i TIPS-sammenheng, men lite om hvordan den fungerer i ACT-kontekst. Jeg ønsket derfor at mine spørsmål i intervjuene skulle fokusere spesielt på det. I og med at dette er en kvalitativ oppgave og ikke en kvantitativ, har jeg forsøkt å unngå spørsmål om resultat, da jeg vanskelig kunne måle eller vurdere dette. Jeg har heller valgt å spørre etter beskrivelser og prosess.

Familiearbeid skal være i fokus i ACT-team, men jeg ønsket også at spørsmålene kunne fange opp om PEF er noe helt annet enn "ordinært" familiearbeid. Etter å ha erfart at færre team enn jeg forventet bruker metoden, ble jeg også mer opptatt av å spørre etter betingelser for oppstart av PEF i teamene.

Jeg fikk anledning til å jobbe i gruppe med andre studenter på VID for å bearbeide spørsmålene mine, noe ga et godt utgangspunkt for videre konkretisering. Gjennom våren og sommeren 2016 jobbet jeg parallelt med litteratursøksforberedelser. Dette ga meg innspill til videre utforming av intervjuguiden. Etter gode spørsmål fra min intervjuassistent før første intervju, ble den endelige intervjuguiden slik:

Hvordan vil dere beskrive familiearbeidet i teamet deres?

- Hvordan bruker dere psykoedukativt familiesamarbeid?
- Hvilke pasienter tilbys denne metoden og hvorfor?
- Hvilke forskjeller ser dere på enfamiliegrupper og flerfamiliegrupper?
- **Hva har vært viktig å gjøre for teamet for å starte opp med arbeidet?**
 - Hva har leder bidratt med i oppstarten?
 - Hvilke endringer har dere måttet gjøre i teamet i denne prosessen?
 - Hvilke ressurser har dere hatt behov for?
 - Hvordan har opplæringen passet til deres behov?
 - Hvilket forhold har dere til manualen for gruppene?
- **Hvordan har teamets helhetlige familiearbeid blitt påvirket av oppstart med PEF?**
 - Hvordan vil dere beskrive de ulike rollene dere som teammedarbeidere kan ha i relasjon til PEF-arbeidet med pårørende og pasienter?
 - Hvordan skjer kompetanseoverføringen fra dem som har fått opplæring til dem som ikke har fått opplæring?
 - Hvis dere skulle startet på nytt i dag, hva ville dere gjort annerledes?

3.5 Gjennomføring av intervjuene

Avtalene om intervjuer ble som nevnt over inngått i mai 2016. På sensommeren hadde jeg oppfølgingskontakt for å sikre at avtalene sto ved lag og at nødvendige detaljer ble avtalt. Det første intervjuet ble gjort i slutten av august og de to siste i midten av september. Den første gruppen besto av fire deltakere, den andre gruppen tre og den tredje gruppen fire deltakere.

Alle intervjuene ble gjort i lokalene til de respektive teamene. Intervjudelen varte i om lag en time, i tillegg brukte jeg noe tid til innledning om mitt prosjekt og gjennomgang av premissene for intervjuene og litt småsnakk i ettertid. Intervjuene satte i gang tanker hos deltakerne og det var greit, også for min egen del, å reflektere litt over disse før jeg reiste. Ingen deltakere blir identifisert i prosessen og jeg gjør heller ikke kjent hvilke team jeg har intervjuet.

Jeg har brukt assistent under intervjuene. Assistenten hjalp meg med å registrere hvilken informant som hadde ordet, slik at jeg lettere kunne registrere dette under transkripsjonen. Før og under første intervju brukte jeg også assistenten til å reflektere rundt og passe på innholdet og framdriften i intervjuguiden. Umiddelbart etter intervjuet hadde vi en felles refleksjon knyttet til min rolle under intervjuet. Denne assistenten har kjennskap til fagfeltet og har selv erfaring fra mastergradsstudier. Assistenten ved de to siste intervjuene har ikke kjennskap til faget og oppdraget ble således mer av teknisk art.

Jeg oppdaget at det var lett å bli engasjert i samtalene og at jeg ved noen anledninger i første intervju brakte inn mine egne synspunkter i samtalen. Etter refleksjonen med assistenten ble jeg mer bevisst på å unngå dette i de to siste intervjuene.

Lyd fra intervjuene ble tatt opp samtidig som assistenten skrev ned de første ordene i hver setning fra informant 1, 2 og så videre. Under transkripsjonen kunne jeg da støtte meg til notatene mens jeg hørte lyden, slik at jeg i transkripsjonen har separert innleggene fra hver deltaker fortløpende. Dette har vært nyttig for å kunne følge deltakernes argumentasjon og ville vært vanskelig å gjennomføre uten notatene. En del av informantene hadde for meg relativt like stemmer.

Intervjuene ble transkribert av meg i løpet av de nærmeste en til to dagene etter gjennomføring. Jeg har om lag 35 sider transkribert intervjumateriale. Transkripsjonen bærer preg av muntlig framstilling med mange småord, halve setninger og lignende. I mine sitater har jeg gjort språket mer formelt, så lojalt mot den opprinnelige meningen jeg har kunnet. Jeg har også oversatt intervjuene til bokmål. Eksempel på transkripsjon kan sees i vedlegg 2.

3.6 Analyse

Metoden for analyse baserte jeg på Malteruds versjon av kvalitativ analyse – *systematisk tekstkondensering* (Malterud, 2011, s. 82ff). STC, Systematic Text Condensation, er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse (Wertz, 2010) og modifisert av Malterud. Metoden egner seg for deskriptiv tverrgående analyse av fenomener for utvikling av nye beskrivelser og begreper.

Målet for analysen er at materialet skal lede fram til nye beskrivelser, nye begreper eller nye teoretiske modeller. Gjennom analysen skal jeg bygge bro mellom intervjuene og resultatet ved at jeg organiserer, fortolker og sammenfatter det transkriberte materialet. Jeg skal se det analyserte materialet i lys av problemstillingen og avklare betydningen av min forforståelse og teorien jeg gjør rede for. Resultatene skal jeg så drøfte opp mot aktuell teori og empiri (Malterud, 2011, s. 91). Malterud beskriver denne prosessen i følgende fire trinn:

1. Å lete etter aktuelle tema og få et helhetsinntrykk
2. Å finne meningsbærende enheter og knytte de til kodegrupper
3. Å sammenfatte meningsbærende enheter og lage kunstige sitater
4. Bearbeide kunstige sitater slik at det som til slutt presenteres står i en sammenheng til sitt opprinnelige materiale.

Etter at alle intervjuene var ferdig transkribert, brukte jeg noen uker der jeg leste dem på nytt samtidig som jeg hørte på opptakene uten å gjøre noen spesielle notater. Jeg begynte den konkrete analyseprosessen i midten av oktober. Jeg jobbet på en papirutskrift av transkripsjonene der jeg hadde plass til notater i venstre marg. Jeg markerte de delene av teksten jeg syntes sa noe om temaet mitt og skrev noen fortattede ord om meningen i venstre marg.

Etter at jeg hadde gått gjennom alle intervjuene på denne måten laget jeg et sammendrag der jeg bare tok med de meningsbærende enhetene, mine venstremargsnotater. Dette gav meg seks sider kondensat. Ut fra disse begynte jeg prosessen med å gruppere og endte opp med over 20 ulike interessante vinklinger. Med litt prøving og feiling reduserte jeg dem til seks ulike temaer. Jeg skrev dem ned ved siden av hverandre og plasserte så inn mine opprinnelige venstremargskoder under de temaene jeg synes de hører inn under. Et eksempel på dette kan

være forhold knyttet til opplæring, et tema som var viktig for alle. En informant sier at alle i teamet skulle hatt denne opplæringen og en annen sier at når vi går på kurs, burde vi satt av tid til informasjon til resten av teamet. Svært mange av mine meningsbærende enheter omhandler ting knyttet til opplæring og underveis i prosessen hadde jeg opplæring som egen kategori.

Dette var fremdeles for mye materiale å presentere og drøfte, så jeg lot alt ligge i ro på nytt. I slutten av november møtte jeg mine medstudenter og vi reflekterte rundt hverandres prosess. Etter dette gikk jeg på nytt gjennom mitt materiale og gjorde en ytterligere kondensering. Nå ble opplæring som nevnt over flyttet til en subgruppe under hovedkategorien ”Bruk av modellen”. Som sluttresultat har jeg kommet fram til tre nye kategorier med tre subgrupper i hver kategori. Når jeg presenterer funnene i punkt 4, vil jeg støtte disse ved fortløpende å hente eksempler fra transkripsjonene. Disse er ikke bearbeidet utover hva jeg har gjort rede for i punkt 3.5. I avslutningsfasen av oppgaveskrivingen har jeg skrevet ut et nytt blankt eksemplar av transkripsjonene og gjennomgått alle sitatene på nytt for kvalitetssikring.

3.8 Forforståelse

Alle mennesker møter verden med kunnskap og oppfatninger som vi bruker til å tolke det som skjer rundt oss (Johannessen et al., 2010). Denne forforståelsen er nødvendig for å tolke virkeligheten. Slik er det også med meg som forsker. Jeg har ikke startet dette arbeidet med blanke ark. Jeg har med en ryggsekk inn i forskningsarbeidet som påvirker måten jeg samler inn og bearbeider materialet mitt. Innholdet i sekken er erfaringer, hypoteser, faglige perspektiv og teoretiske referanserammer (Malterud, 2011)

Jeg ble utdannet sosionom i 1987 og min første jobb var på en behandlingstilstand for rusmisbrukere. Tilnærmingen var sosialpedagogisk – vi mennesker lærer i sosiale situasjoner. Behandling tok da også utgangspunkt i fellesskapet mellom ”klientene” og ”behandlerne”. En vesentlig del av min arbeidskarriere har jeg fra Oslo og Kirkens Bymisjon der jeg jobbet på et lavterskel aktivitetshus for voksne med rusproblemer og psykiske lidelser. Vi ble godt kjent med brukerne og mange av dem involverte oss ansatte i livets ulike sider. Jeg ble spesielt engasjert i mange av brukernes strev med å få tilpasset behandling fra DPS. Hverdagen deres tilsier ikke alltid at det er mulig å følge opp en timeavtale, og det å møte brukere med påstand om at en ikke er motivert for behandling, kan være å vise manglende forståelse for den som

skal motta behandlingen. Jeg tok min videreutdanning i systemisk samhandling i denne perioden, for 15 år siden, og utdanningen ga meg viktige perspektiver på å forstå meg selv, brukerne og relasjonene vi befant oss i.

Etter å ha bodd i Molde noen år ble jeg kjent med at det skulle etableres et behandlingstilbud på Molde DPS nettopp for brukere med alvorlige psykiske lidelser og samtidig ruslidelser – ACT. Jeg visste med en gang at jeg ville jobbe der, noe jeg nå har gjort i over fem år. Å være behandler i psykisk helsevern innenfor en sykehuskontekst, handler om å stå mellom ulike diskurser. Den medisinske diskursen er sterk og evidensbasert virksamhet er førende. Sosialkonstruksjonistisk tankegods kan bli oppfattet som vanskelig å integrere. Jeg ble inspirert til å fullføre mine to siste år på masterutdanningen i systemisk teori og praksis samtidig som teamet skulle implementere det psykoedukative familiesamarbeidet. Underveis i studiet har jeg skrevet eksamensoppgave om debatten rundt evidensbasert virksamhet og jeg ble nysgjerrig på om momenter fra denne diskusjonen kunne være relevante for min arbeidssituasjon utover at jeg drøftet dem på eksamen.

Da jeg startet arbeidet med oppgaven hadde jeg en oppfatning om at kombinasjonen PEF og ACT var bredere implementert i Norge enn det viste seg å være, og at vårt team var på etterskudd med implementeringen. Jeg trodde også at jeg ville finne flere som hadde interessert seg for systemiske betraktninger rundt PEF.

Min oppfatning av implementeringsgraden kan ha hindret meg i å være mer åpen for å undersøke utbredelsen. Kanskje kunne en mer systematisk tilnærming gitt meg kunnskap om hvor mange av teamene i Norge som faktisk tilbyr PEF i ACT. Dette kunne også gitt meg et bedre grunnlag for å gjøre utvalget mitt. Jeg var innledningsvis i arbeidet med oppgaven noe skremt av å skulle implementere kvantitativ metode. Med god forberedelse i prosjekteringsfasen, kunne jeg kanskje klart å inkludere en mindre omfattende spørreundersøkelse. Antagelsen om stor utbredelse har også fått meg til å fokusere mest på erfaringer i bruk av PEF i mine mål for oppgaven. Kanskje har jeg gått glipp av viktig informasjon ved å ha lite fokus på implementeringsparadokset i delmål og intervjuguide.

Som en konsekvens av å gjøre et masterstudium i systemisk teori og praksis, ble det viktig for meg å gå inn i PEF med systemiske briller. Jeg har tenkt at PEF kunne være en tydeligere del av familierapitradisjonen, og en del av oppgaven gjenspeiler dette. Kanskje er jeg relativt

ensom med slike betraktninger. Likevel har det vært nyttig for min egen del å gå inn i mulige relasjoner mellom PEF og den systemiske tradisjonen.

Min forforståelse preger analyseprosessen der jeg kommer fram til nye kategorier og subgrupper. Jeg har gått gjennom en prosess fra analysen ble ferdigstilt fram til avslutning av oppgaven, der både teori og litteratursøksresultater har gitt meg nye tanker. Det er ikke sikkert at jeg ville kommet fram til samme analyseresultat om jeg skulle gjort analysen på nytt, uten at jeg skal forsøke meg på å antyde andre resultater.

Rammene for et deltids masterstudium tilsier at jeg ikke har hatt anledning til å undersøke bredt nok, og jeg har derfor i perioder hatt følelsen av å drive litt nybrottsarbeid. Det finnes helst sikkert mer der ute jeg ikke har sett. Datainnsamlingen, analysen og diskusjonen har gitt meg nye tanker og perspektiver, mens for andre vil den kanskje bare inneholde selvsagte og kjente ting. Likevel håper jeg å kunne inspirere leseren ved å komme med mine refleksjoner.

3.9 *Forskningsetikk*

I følge Helsinkideklarasjonen av 1964 (Malterud, 2011, s. 201) (*Medical Ethics Manual*, 2015) heter det blant annet at medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som fremmer respekt for alle mennesker og beskytter deres helse og rettigheter. Medisinsk forskning som omfatter mennesker, må bare utføres dersom formålet er viktigere enn de risikoer og belastninger som forskningen innebærer for forsøkspersonene.

Min utfordring har vært å skape et klima under intervjuene som kunne bidra til at alle kunne delta. Dette stilte krav til min evne til å skape en god samtale. Samtidig måtte jeg trygge deltakerne på at deres integritet og anonymitet blir ivarettatt. Jeg har ikke vært ute etter å finne spesielt gode eller dårlige medarbeidere, men heller utdype min forståelse av hvordan godt familiearbeid praktiseres rundt om i teamene. I forkant av intervjuene gjorde jeg rede for hvordan jeg skal arbeide prosjektet for ikke å skape bekymring for at datainnsamlingen blir fordreid eller misbrukt.

Etter studie av NSD's hjemmeside (Personvernombudet ved Norsk senter for forskningsdata) konkluderte jeg med at min datainnsamling ikke er meldepliktig. Jeg har gjennomført meldeplikttesten, se vedlegg 1. Vilkårene for meldeplikt inntreer når:

Prosjektet ditt er meldepliktig dersom du skal behandle **personopplysninger** ved hjelp av datamaskinbasert utstyr, f.eks. i form av dokumenter/lyd/bildefiler som behandles på pc, minnepenn eller smarttelefon og/eller manuell systematisering av sensitive opplysninger, ordnet etter navn/fødselsnummer (Personvernombudet, 2016).

Jeg har ikke behandlet personopplysninger. De ulike team jeg har intervjuet er anonymisert, også med tanke på geografisk plassering, og den enkelte deltaker i fokusgruppene er benevnt med 1, 2 og så videre. Lydopptakene er slettet etter transkripsjon og analyse.

4 Funn

Jeg vil i det følgende presentere funnene slik de står under i sine tre respektive hovedkategorier. Hovedkategoriene er nummerert fra 4.1 til 4.3 med tre underkategorier hver.

Pasienten i rommet mellom ACT og PEF

- Utvelgelse av pasienter
- Teamet som totalleverandør
- Pasienten i mellomrommet

Bruk av modellen

- Organisatoriske forhold
- Alliansesamtalenes betydning
- Tilpasset utøvelse og opplæring

Ringer i vannet - Spin-off effekt av PEF-arbeid

- Metodikken brukes bredere
- Psykoedukativt familiesamarbeid styrker relasjoner
- Flere ansatte ønsker kunnskap

4.1 *Pasienten i rommet mellom ACT og PEF*

Alle tre teamene har viktige tanker om hvilke pasienter som bør tilbys psykoedukativt familiesamarbeid og hvilke som eventuelt ikke bør tilbys slikt arbeid. Manglende ressurser gjør at det ikke er mulig å gi slikt tilbud til alle og en utvelgelsesprosess blir da viktig. Det er også viktig at utvelgelsen forankres i teamet og teamledelsen. Det blir videre stilt prinsipielle spørsmål ved om ACT er riktig sted i behandlingsskjeden som leverandør av PEF.

4.1.1 Utvelgelse av pasienter

Utvelgelse av hvilke pasienter og pårørende som skal få tilbud om psykoedukativt familiesamarbeid blir beskrevet som nødvendig ut fra ressursituasjonen i de tre teamene. Ingen har nok ansatte til å kunne tilby metoden til alle familiene.

”Beslutningen blir tatt i fellesskap slik at det ikke kan stilles spørsmål ved hvem som får tilbudet.” (Informant 8)

Flere kriterier blir trukket fram som viktige for utvelgelsen. To av teamene er opptatt av pasienter som nylig har blitt diagnostisert med psykosesykdom og som har kommet kort i pasientforløpet.

"Hun er ung og jo tidligere vi er inne i familien, jo bedre er det. Samtidig etterstreber vi å komme fort på banen. Tidlig inn i forhold til sykdomsforløpet, både for pasientens og pårørendes skyld. For meg høres det ganske fornuftig ut å tenke ny-syke, som ikke har hatt et slikt familietilbud tidligere." (Informant 6)

Et annet mulig inklusjonskriterium som ble drøftet, var familier som var preget av ulike former for stress. Slik jeg viste i innledningen, kartlegges såkalt "Expressed Emotions" (EE), uttrykte følelser, i alliansesamtalene i skjemaet "Family Questionnaire. Noen familier viser i innledende kontakt med teamet noe som blir oppfattet som høy EE, selv om dette ikke er kartlagt. Dette kan da bli gjort til gjenstand for inklusjon i det psykoedukative familiesamarbeidet.

"Noen ganger er det slik at pårørende hele tiden er frampå. Pasienten har hatt behov for det, for det er høyt trykk fra pårørende til pasienten. De scorer høyt på Family Questionnaire." (Informant 10)

Andre inntakskriterier som ble tatt opp er pasienter som har mye kontakt med familien, eventuelt ingen kontakt eller konfliktfylt kontakt. Kaotiske familierelasjoner har vært viktig for et team i deres inntaksarbeid, vurdering av ustabil liv for pasient, var viktig for et annet team.

Det kan også være grunn til å avstå fra å tilby psykoedukativt familiesamarbeid. Teamet med lengst erfaring fra familiegrupper trakk fram en erfaring der pasienten så ut til å få det vanskeligere etter oppstart av enkeltfamiliegruppe.

"Når pasienten som er hovedpersonen, ikke har effekt, bør gruppearbeidet avsluttes." (Informant 6)

En informant fra det samme teamet sier også:

"Familiegruppe kan bli mer en tilleggsbelastning og et stress. Hvis det å skulle møte opp her om en uke er mer slitsomt enn godt, eller hvor flere i familien er alvorlig psykisk syke, er det ikke rett tidspunkt." (Informant 7)

4.1.2 Teamet som totalleverandør

Alle teamene har erfaring med at egne pasienter deltar i psykoedukativt familiesamarbeid i regi av samarbeidende enheter eller i samarbeid med slike. Samarbeidsenhetene kan ligge i kommunen eller i eget helseforetak.

En klar positiv side av slikt samarbeid er at det gir større tilfang av ressurser og kompetanse. Særlig i forhold til drift av flerfamiliegrupper blir ulike samarbeidsformer vektlagt. Teamene forteller også om pasienter som har fått igangsatt psykoedukativt familiesamarbeid ved en annen enhet før de har blitt henvist ACT.

Imidlertid er det den problematiske siden av slikt samarbeid eller arbeidsfordeling som sterkest trekkes fram i intervjuene. Det vises til at psykoedukativt familiesamarbeid skaper en relasjon mellom familien, pasient og behandler og at den relasjonen bør ligge forankret i teamet som ellers har ansvar for behandlingen.

”Utfordringen blir at de sitter på mye kunnskap om våre pasienter, kunnskap vi egentlig burde hatt her på teamet.” (Informant 1)

”Jeg ser det slik at hvis jeg har en pasient jeg er mye involvert i, men ikke er med på familiegruppe, så kunne det være litt dumt og uheldig.” (Informant 4)

”Så blir det jo parallellbehandling. Det blir satt målsettinger i familiegruppene. Så kommer vi på besøk og setter mål med pasienten. Det blir litt mye og vi gjør forskjellige ting uten å vite om det.” (Informant 3)

”ACT skal tilby alt.” (Informant 3)

”De pasientene vi tenker skal ha tilbudet, får det av oss.” (Informant 11)

En informant løfter fram fordelene med å kjenne pasienten når psykoedukativt familiesamarbeid skal igangsettes.

”Jeg tror at det som er fordelene med ACT og denne modellen er at vi har innsikt i hvilken type problemer pasientene har og vi kjenner pasientene godt fra tidligere, så vi kjenner måter vi kan komme inn på ting vi allerede vet er et problem eller noen de sliter med, som kanskje er mer vanskelig når ikke treffer dem utenom gruppa. Men i og med at vi kjenner pasienten så godt fra før av, så vet vi gjerne noen ting som kunne være nyttig å ta opp i en problemløsning.” (Informant 10)

Felles drift av grupper sammen med ekstern samarbeidspartner blir også nevnt som utfordrende. Et team har erfart at det kan være ulike meninger om tema for problemløsning og

at det gjorde at det ble vanskelig å støtte hverandre i samarbeidet. Også behovet for fleksibel tilnærming til avtaler ble en utfordring:

”Det er en ulempe å bli avhengig av andre. Teamet kan flytte på ting, men det er ikke like lett hvis man har en samarbeidspartner på utsiden.” (Informant 8)

4.1.3 Pasienten i mellomrommet

Et team trakk fram en prinsipiell diskusjon om inklusjon i ACT og PEF. Inklusjonskriteriene for ACT er slik at pasienten skal være prøvd i andre mindre intensive behandlingsopplegg tidligere, uten at dette har bidratt til endring.

”Jeg håper at ACT i fremtiden skal slippe å måtte tilby familiegrupper fordi vi skal få pasienter som allerede har fått tilbudet tidligere i behandlingsforløpet.” (Informant 10)

Psykoedukativt familiesamarbeid har samme anbefalelsesgrad – A – både for ny-syke og pasienter i langtidsforløp. Før teamet begynte å tilby psykoedukativt familiesamarbeid hadde de en diskusjon om dette var deres ansvar å tilby:

”Det gikk jo litt tid før vi fikk implementert det i teamet, for vi måtte jo gå noen runder på det, om det passet inn i ACT-modellen.” (Informant 11)

En annen informant fra teamet sier videre:

”De pasientene som kommer til oss er de som har prøvd alt annet før, så hvis de klarer å møte til familiesamarbeid, er det da en ACT-pasient? Vi oppfatter oss selv som siste instans. Når alt annet er prøvd skal ACT på banen.” (Informant 8)

Det hevdes med andre ord at en pasient som er tatt inn i ACT, både skulle hatt tilbud om psykoedukativt familiesamarbeid tidligere i sykdomsforløpet og at vedkommende pasient har for lavt funksjonsnivå til å kunne delta i familiegrupper. Informanter fra alle teamene sier noe om utfordringer i forløpet med PEF – ingen team har i dag pasienter som er i problemløsningsfasen.

”Vi har ikke kommet til problemløsning ennå. Pasienten har fått tilbakefall. Det er en forskjell fra ny-syke. Denne familien har et uuttømmelig behov for å bearbeide ting som skjer – for krisesamtaler.” (Informant 11)

”Det er en utfordring å få med pasientene. De har så dårlig oppmøtekompetanse, de pasientene som vi har.” (Informant 11)

Samtidig sier også informanter fra alle teamene noe om viktigheten av å ha en god relasjon til pasienten som grunnlag for familiegrupper.

”Særlig fram mot problemløsningsmøtene er miljøkontaktene viktig. Det er det som er målet og vi skal inn mot målet sammen.” (Informant 2)

”Når man først fikk kontakt med pasientene med ACT-oppfølging og med familiene, så vil jeg tenke at det ville kunne gå greit å få til et slikt arbeid der. Man får en god allianse gjennom hyppige oppfølginger, slik at når det først var kommet i orden, så kunne det være mulig å få til noe familiearbeid.” (Informant 6)

4.2 Bruk av modellen

Jeg har tidligere i oppgaven gjort nærmere rede for hvordan metoden psykoedukativt familiesamarbeid er bygget opp. Arbeidet har to faser, alliansesamtaler og problemløsningsmøter, og en prosedyre for hvilke temaer som skal behandles og strukturen for samtale. I alle intervjuene kom det fram interessant materiale knyttet til ulike sider av opplæring, forståelse og praktisering av modellen. Alle var også opptatt av organisatoriske forutsetninger for å komme i gang og drifte dette arbeidet.

4.2.1 Organisatoriske forhold

Flere faktorer viser seg å være gjennomgående for alle teamene. Noen har også egne spesielle forhold som de framhever som viktige. Et team peker direkte på Helsedirektoratets veileder (Helsedirektoratet, 2013) som betydningsfull for etablering. Et annet team forteller at de har blitt oppfordret av andre i samme helseforetak til å starte med psykoedukativt familiesamarbeid.

Gjennomgående for alle team er ledelsens store betydning. Arbeidet er ressurskrevende og kan ikke nå alle pasientene uten å tilføre ekstra ressurser. Forankring i ledelse og organisasjon har derfor stor betydning for oppstart og drift. Et team nyter godt av at helseforetaket har ansatt en koordinator med spesielt ansvar for å følge opp alle enhetene som tilbyr denne arbeidsmetoden.

”Det har vært godt forankret i ledelsen. Avdelingssjefen støttet dette med familiearbeid.” (Informant 6)

”Vi har hatt svært god hjelp av FOU-avdelingen i helseforetaket.” (Informant 5)

”Det meldte seg forventninger fra andre steder i systemet og det er føringer for at vi skal gi dette tilbudet.” (Informant 9)

I forhold til utvelgelse av hvilke pasienter som skal få tilbudet om psykoedukative grupper er også ledelse viktig. ACT arbeider som team rundt pasientene, og psykoedukativt familiesamarbeid krever en del tid for dem som driver arbeidet. En sier det slik:

”Beslutningen tas i fellesskap slik at det ikke kan stilles spørsmål ved hvem som får tilbudet. Da er det ingen som setter spørsmålstegn ved tidsbruken.” (Informant 8)

Informanter fra flere team peker også på enkeltpersoners betydning – ildsjeler.

”Vi er prisgitt at vi har et spesielt engasjement selv. Det krever noen ildsjeler.” (Informant 7)

”Jeg har vært veldig pro og tenkt at dette bør vi drive med.” (Informant 10)

”Det var to i teamet som var interessert i psykoedukativt familiesamarbeid og da fikk de gå på utdanning i flerfamiliegrupper ved TIPS Helse Sør Øst.” (Informant 6)

”Da var det slik at jeg hadde et ganske stort påtrykk en periode. Dette må vi gjøre.” (Informant 10)

Veiledning og muligheten for ”mengdetrening” løftes fram som viktig for å drive det psykoedukative familiesamarbeidet. Alle tre teamene deltar i regelmessig veiledning. Veiledningen oppleves som viktig for å holde fast på modellen og kunne reflektere rundt eventuelle avvik som skjer underveis. Mengdetrening er viktig for å bli trygg i strukturen modellen legger opp til. Å oppnå mengdetrening vil kunne begrense hvor mange ansatte som til en hver tid skal drive grupper.

”Vi har fått veiledning underveis og fått tips i forhold til å være mer tydeligere og på. Jeg tror veiledningen har vært viktig for min del, men også de faste nettverksmøtene som kursholder har vært med på.” (Informant 11)

”Jeg var på et seminar og fikk opplæring for 3-4 år siden i enkeltfamiliarbeid og i metoden. Hvis man skal bli god i metoden må man ha jevnlig påfyll og repetisjoner, og det kan man få i månedlige veiledningsgrupper, men det er en utfordring å få metoden under huden, da må man jo gjøre det ganske ofte, for å bli god til noe.” (Informant 6)

4.2.2 Alliansesamtalenes betydning

Alliansesamtalene, eller alliansearbeid, løftes fram som et viktig tilbud i seg selv.

”I alliansesamtalene er det fokus på hvordan familiene har det. Hvordan de har opplevd sykdommen, kjempet en kamp og blitt motarbeidet av systemet. Vi hører på dem uten å gå i forsvar for systemet og får dem på lag.” (Informant 2)

Informanter fra et team forteller at de nylig har gått gjennom alle sakene sine for å se hvem som har behov for mer alliansearbeid.

Ingen av de intervjuede teamene hadde i tidsrommet for intervjuene grupper som befant seg i problemløsningsfasen. To av teamene hadde aldri kommet så langt. Teamet med lengst erfaring hadde tidligere hatt grupper i problemløsningsfasen.

Teamene trekker fram flere forhold knyttet til at de kun driver alliansearbeid. En informant fra et team forteller det slik:

”Pasienten har fått tilbakefall og ønsker å starte opp igjen senere.” (Informant 1)

En informant fra et annet team sier at de ikke kom til problemløsningsfasen fordi gruppen måtte avsluttes. Andre i det samme teamet peker også på at en kan jobbe parallelt med pårørende og alliansesamtaler, selv om pasienten er for dårlig til å kunne delta selv.

”Det tror jeg uansett vil være med på å redusere stress, selv om det ikke blir en del av et strukturert familiearbeid.” (Informant 5)

Informanter fra det tredje teamet sier at når de har gruppe, så er det egentlig ikke riktig, de driver fortsatt med alliansesamtaler.

”Det har vi gjort i lang tid, for det er jo så stort trykk i familien. Vi driver ennå med krisesamtaler.” (Informant 10)

”Vi har brukt utrolig lang tid på den ene gruppen vi har startet. Vi snakket om at den kanskje kunne gå fra et halvt år til et år. Nå har vi allerede brukt et år på alliansesamtaler.” (Informant 11)

”De er pasienter hos oss uansett, så om vi driver med alliansesamtaler eller vanlige pårørendesamtaler, så har det ikke så mye å si, annet enn at det blir satt av mer tid til det.” (Informant 10)

Fra teamet som har erfaring med problemløsningssamtaler, løftet en informant fram sin gode erfaring;

”Det var veldig nyttig å bruke problemløsningsmalen og se at det kom noe ut av det.” (Informant 5)

4.2.3 Tilpasset utøvelse og opplæring

Informanter fra alle teamene beskriver modellen som et godt verktøy. Det sies for eksempel:

"Heftet, eller manualen, er god å jobbe etter." (Informant 7)

"Vi opplever at det er et veldig godt verktøy når vi bruker det." (Informant 5)

Samtidig kommer det fram at alle teamene tilpasser modellen etter behov og eget skjønn. En informant fortalte at de har tatt opp i veiledning at de har måttet bytte rekkefølge på en del elementene og at det har fungert bra. En informant forteller at heftet har en struktur som gjør det lett å snakke seg bort i alliansesamtalene. Da er det greit å være to gruppeledere, forteller informanten. Samme informant sier videre at det er flere skjemaer som er anbefalt brukt i heftet. Et eksempel er genogram:

"Dit kom vi jo aldri. Det er fine rettleidningsskjemaer, men vi har ikke fulgt dem slavisk." (Informant 7)

En informant fra et annet team sier det slik:

"Nå som vi har hatt tilpasset undervisning, ser vi at vi kan bruke elementer av dette, da blir det litt lettere, vi må ikke tenke hele gruppeforløpet." (Informant 8)

En fra samme team sier:

"Det jeg oppfattet at vi landet på, etter det siste kurset, var at vi kan tilpasse modellen fritt til våre behov. Plukke ut elementer etter behov." (Informant 9)

Flerfamiliegrupper blir løftet fram som det mest nyttige for de pårørende. Flerfamiliegrupper innebærer å være i problemløsningsfasen med flere familier i samme gruppe.

"Det er godt for pårørende å møte andre som er i samme situasjon. Det hadde vært bra om vi hadde fått det til." (Informant 1)

En annen informant sa det slik:

"Den tilbakemeldingen vi fikk da vi hadde opplæring, var at effekten av prosessen som foregikk mellom familiene er vanskelig å få til når du sitter med en familie." (Informant 5)

En informant som hadde erfaring fra flerfamiliegrupper på en annen arbeidsplass, fortalte at foreldrene var svært støttende til de andre familienes pasienter og at det skjedde veldig mye god ting på den måten.

”Det tror jeg var det sterkeste limet i den flerfamiliegruppen.” (Informant 9)

Ingen av teamene driver i dag flerfamiliegrupper og har heller ikke tanker om at det er realistisk. Slik jeg viste over, er alle teamene i fasen med alliansesamtaler. Det er ulike tanker om hvorfor flerfamiliegrupper er urealistiske. Kapasitetsproblemer er en vesentlig faktor.

”Men skulle vi startet opp med en flerfamiliegruppe, vet jeg ikke om vi hadde hatt kapasitet til det nå.” (Informant 1)

Informanter fra teamet med lengst erfaring i psykoedukativt familiesamarbeid forteller at de har hatt familier med i flerfamiliegrupper der ulike behandlingssenheter har samarbeidet om rekruttering av familier og drift av gruppene. Dette var vanskelig å opprettholde, da familiene trakk seg på grunn av stor reiseavstand.

”Utfordringen vår her i området er å få nok familier. Pasientgruppen er ikke så stor. Opptaksområdet er relativt lite. Vi har mulighet til å bruke andre seksjoner til flerfamiliegrupper, men da blir imidlertid reiseavstand et problem. Det går fort en hel dag til reise, gruppemøte og hjemreise.” (Informant 5)

Informanter fra to team peker på de store utfordringene pasientene sliter med, som medvirkende til at det ikke er realistisk å etablere flerfamiliegrupper.

”Det er en utfordring å få med pasientene. De har dårlig oppmøtekompetanse. Det er vanskelig for dem å håndtere et slikt konsept som flerfamiliegruppe i utgangspunktet.” (Informant 11)

Alle teamene var opptatt av å kunne få opplæring tilpasset egen kontekst. Særlig ble fravær av tema knyttet til rusproblematikk problematisert. Fra et team fortelles det at halvparten av deres pasienter strever med rusproblematikk og at deres pårørende er slitne og har valgt å trekke seg bort fra gruppetilbud.

”Mange av dem vi kjenner orker ikke det. De har distansert seg veldig.”
(Informant 3)

Et annet teammedlem forteller dette om opplæring slik vedkommende selv fikk den:

"Tidligere hadde de lite om rus og ingen ting i vår veiledning hadde noe om rus."
(Informant 9)

En informant forteller om en viktig erfaring. I dette teamet hadde noen medarbeidere utdanning i psykoedukativt familiesamarbeid da de ble ansatt, og ble ildsjeler i oppstarten. For å få økt kunnskapen til resten av teamet ble en kursholder fra TIPS invitert til å møte teamet og informere om metoden.

"Det hjelper ikke om det er 3 i teamet som har familieskolen hvis ingen andre vet hva det handler om." (Informant 10)

De fortalte videre at kursholder var engasjert i at ACT skulle komme i gang med psykoedukativt familiesamarbeid og at informasjonen ble tilpasset konteksten til ACT på en god måte.

"Hun kom derfor og hadde en innføring. Hun gjorde det litt mer ACT-vennlig. Hun hadde tatt inn våre utfordringer i forhold til vår brukergruppe og hvordan vi jobber." (Informant 10)

Dette ga teamet frimodighet til å legge vekk ambisjonene om flerfamiliegrupper. Ved behov bruker de nå bare deler av metoden, og flere ansatte enn dem som har kurset, kan bruke metoden. I etterkant av informasjonsmøtet med kursholder ble det utarbeidet et intensivt tilpasset kursopplegg som også ble tilbudt leger og psykologer ved andre seksjoner i dette helseforetaket.

"Opplæringen ble bra etter at vi fikk et tilpasset opplegg fra kursholder. Vi har gått på forskjellige kurs, men strukturen vi lærte var vanskelig å få til i ACT-sammenheng." (Informant 10)

Et team nyter godt av at egen FOU-avdeling tilbyr kurs av ulik varighet og mot ulike målgrupper.

4.3 Ringer i vannet

Informanter i alle teamene jeg intervjuet, vektla den store betydningen psykoedukativt familiesamarbeid har hatt for pasientene, familiene deres og teamet. Her er et sitat fra hvert av teamene:

"Det er et veldig godt verktøy når vi bruker det." (Informant 5)

”Viktigheten av det psykoedukative og det vi får ut av familiegruppene, er så stor.”
(Informant 1)

”Nå synes vi at vi ser effekten og nytten av det psykoedukative også”.
(Informant 11)

Jeg har valgt å kalle denne kategorien for ringer i vannet. Oppstart og drift av psykoedukativt familiesamarbeid er krevende og møysommelig, slik informantene viste over. Imidlertid har teamene erfart at selv om man starter i det små med få ansatte, gir det positive gevinster for hele teamet. I det følgende vil jeg peke på tre viktige ringvirkninger.

4.3.1 Metodikken brukes bredere

Teamene forteller at det er krevende å drifte familiegrupper og at tilbudet til en hver tid gis til et begrenset antall pasienter. Men de forteller også at denne måten å jobbe på sprer seg til ansatte som ikke har fått utdanningen og elementer av modellen tilflyter pasienter og familier som ikke har tilbud om en formell familiegruppe. Fra de ulike teamene sies det på denne måten:

”Jeg har blitt mye mer bevisst på familiearbeidet etter at jeg tok familieskolen.”
(Informant 1)

”Familiearbeid er en ressurs, selv om man ikke kommer i gang med noe strukturert.” (Informant 6)

”Vi driver med psykoedukativt arbeid hele tiden, men det å bruke arbeidsheftet gjør det veldig tydelig for pasientene.” (Informant 8)

Et team forteller at mange pårørende har lite kunnskap om symptomer og psykoselidelser. Pårørende tilnærmer seg sykdommen som et tabu og noe de vil holde hemmelig i familien. Det psykoedukative familiesamarbeidet har høynet bevisstheten rundt opplæring. Et annet team forteller at de driver pårørendeoppfølging uten at familiene må inn i et systematisk gruppearbeid. Dette teamet har familiearbeid som særskilt tema på teammøter en gang i måneden. En annen informant foreslår at modellen kan legges til grunn for pårørendearbeid også i de periodene de har lite kontakt med pårørende. En informant forteller at hun bruker elementene fra opplæringen; å kjenne igjen følelser og symptomtrykk, og hun synes at metodeheftet gjør informasjonsarbeidet veldig tydelig overfor pasientene. En informant uttrykker at det viktig for dem som har fått utdanningen å sette av tid til å informere kollegaene om hva dette går ut på.

En informant retter fokus på at ansatte i behandlingsteamet allerede har mye kunnskap om familiarbeid og psykoedukasjon og ønsker at dette kan tas mer i bruk:

"Jeg tenker at det er en metode som ikke er så fjern og så langt fra det vi gjør ellers annet enn at det går greit når vi kommer i gang." (Informant 7)

En annen sier det slik:

"Vi har fått grønt lys til å bruke dette, alle sammen. Dette uten at det er en gruppe som skal etableres." (Informant 9)

4.3.2 Psykoedukativt familiesamarbeid styrker relasjonen til pasienten og familien

Oppstart av psykoedukativt familiesamarbeid rapporteres å styrke relasjonen mellom pasient, familie og behandler, samtidig som arbeidet også gir økt kunnskap om den enkelte families situasjon. En sier det på denne måten:

"Jeg forstår bedre hvorfor hun er som hun er, når jeg har hele historien."
(Informant 1)

Et team forteller om en familie som har vært skeptisk til behandlingen deres familiemedlem har mottatt. Etter at familien har deltatt i psykoedukativt familiesamarbeid sier nå familien at de har noen de kan stole på i teamet. Team to har erfaring med drift av flerfamiliegrupper. De forteller om en tidligere gruppe der behandlerne avsluttet sin del av jobben. Gruppen valgte å fortsette kontakten, men uten gruppeleder.

"Det å høre erfaringer fra andre familier gir en annen effekt enn å høre på en spesialist." (Informant 5)

To team har erfaringer med felles opplæringskvelder for familier, også fra før de startet opp med det psykoedukative familiesamarbeidet. Dette har vært viktige tiltak. Familiene forteller at de opplever å bli sett på en god måte og at det er viktig å høre andre familier snakke om ting som er gjenkjennelig for dem. Et team har et årlig pårørendeseminar for alle pasientenes familier, uavhengig av om de skal delta i familiegrupper eller ikke. På disse seminarene har de invitert inn en bruker som deler sin erfaring med å ha deltatt i en flerfamiliegruppe. Dette har fått god tilbakemelding fra deltakerne.

En informant tar opp at det kan være en ulempe for pasientrelasjonen at det er samme behandler som driver psykoedukativ gruppe som også er primærkontakt for pasienten.

Informanten fremhever at det kan være greit for pasienten å ha en "uhildet" behandler utenfor familiegruppa som kan støtte pasienten.

"Da er behandler bare for pasienten, så er det andre som er for familien."
(Informant 6)

En informant fra et annet team mener det motsatte:

"Hvis en pasient jeg er mye involvert i, men noen andre har familiegruppe, synes jeg det ville vært litt uheldig." (Informant 4)

Informanter fra team to forteller videre at nettopp den tette relasjonen mellom behandler og pasient i ACT kan være viktig for å kunne komme i gang med psykoedukative grupper.

"Når man først får kontakt med pasientene og familiene i ACT, så tenker jeg det går greit å få til et slikt arbeid. Man får en god allianse gjennom hyppige oppfølginger." (Informant 6)

Informanter fra et annet team fremhever at de kjenner pasientene godt etter hvert og uansett har kontakt med pårørende. Erfaringen er da at den psykoedukative tilnærmingen styrker alliansen med familien.

4.3.3 Flere ansatte ønsker kunnskap om psykoedukativt familiesamarbeid

Alle teamene er opptatt av at flere ansatte i teamene får opplæring i bruk av PEF. Det teamet som har praktisert metoden lengst, er del av et system der alle nyansatte får tilbud om utdanning. De to andre teamene snakker mye om behovet for at flere ansatte kan få utdanningen. En som ikke har fått utdanningen sier det slik:

"Det er jo slik at vi alle jobber med familiearbeid kontinuerlig. Jeg har ikke gjort meg så mange tanker om utvelgelsesprosessen annet enn at jeg håper at også jeg får lære noe av dette familiearbeidet." (Informant 3)

"Få ledelsen på laget for å få alle med på kurs. Pårørende er så sentralt i det vi driver med at det burde være obligatorisk at alle burde være med på en sånn utdanning." (Informant 1)

En annen sier det på denne måten:

"Hadde alle i teamet hatt familieskolen kunne det vært enklere å gi tilbudet til flere. Det er en ting vi kunne gjort bedre. Når vi har vært på kurs burde vi satt av tid til å informere de andre bedre." (Informant 1)

Et team har ønsket å sende flere på kurs, men ikke funnet rom for det innenfor dagens organisering. De har i stedet valgt å invitere kursholder til teamet for å ha et dagsseminar om psykoedukativt familiesamarbeid. Dette gjorde at hele teamet satt med samme informasjon om metoden.

"Kursholder snakket om hvor omfattende vi må gjøre det for å komme i gang og da ville alle ansatte være med å finne mer ut av det." (Informant 11)

5 Drøfting

Oppgavens hovedmål er å eksplorere ansattes erfaringer med bruken av psykoedukativt familiesamarbeid som behandlingsintervensjon i ACT-team. Drøftingsdelen er bygget rundt delmålene. Gjennom hele fasen med forberedelse og skriving har jeg erfart noen overordnede temaer som berører oppgaven. I punkt 5.4 vil jeg kort drøfte disse.

Et gjennomgående budskap fra alle teamene har vært den store betydningen PEF har for både pasientene, familien og den enkelte medarbeider i teamene. Når PEF har blitt tatt i bruk av teamet, har fokuset på familiearbeidet generelt blitt styrket, entusiasmen blant medarbeiderne har økt og metodikken i PEF tilflyter flere enn de familiene som tilbys PEF-gruppene. Funnene viser også at oppstart av PEF og utdanning av enkelte medarbeidere i teamene, har skapt ønske om utdanning hos flere medarbeidere.

Den løsningsfokuserte tilnærmingen har formulert flere utsagn som kan belyse dette. En av de tre reglene fra kjerneprinsippene sier at så snart du vet hva som virker, gjør mer av det. Steve de Shazer (Berg et al., 1998) sier også at en liten forandring på et område i neste omgang kan resultere i gjennomgripende forandringer på mange andre områder –å skape ringer i vannet.

5.1 Tilpasning av psykoedukativt familiesamarbeid til ACT-konteksten

Sentralt i utøvelsen av psykoedukativt familiesamarbeid ligger arbeidsheftet eller manualen som er utarbeidet av TIPS Sør-Øst (Sør-Øst, 2013). Alle teamene beskriver modellen og manualen som gode å arbeide etter. Likevel forteller også alle at de ikke klarer å følge manualen. Rekkefølgen på temaene i manualen kan bli byttet om og skjemaer som skal fylles ut blir utsatt. Den største utfordringen er at familiene som regel blir stående fast i alliansesamtalene. Ingen av de intervjuede teamene hadde familier i problemløsningsfasen og de trodde heller ikke at de ville komme dit med det første. Kan dette ha noe med ACT-konteksten å gjøre?

Å gjøre tilpasninger til manualen er ofte riktig og nødvendig. Anderson med flere (Anderson et al., 1986) sier selv at modifiseringer til modellen alltid vil være nødvendig og at dette stiller krav om dyktige klinikere. I manualen fra TIPS sies det at PEF gjennomføres ved å følge manualen, men at den alltid vil være veiledende for innhold og omfang. Nilsen (Nilsen, 2015)

har i sin doktorgradsavhandling pekt på at gruppeledere i PEF for førstegangsepisodepasienter opplever det som utfordrende å følge manualen. Sytema (Sytema et al., 2014) peker i sin undersøkelse på det høye antall dropouts fra ACT-pasienter som ble tilbudt PEF. De anbefaler at tilpasninger gjøres for å nå ACT-pasientene på en bedre måte. Seikkulas nettverksmøter (Seikkula & Stenersen, 2012) har lite preg av oppskrift. Han er i større grad opptatt av hvordan man snakker sammen og at deltakerne utvikler et felles språk. Felles elementer mellom Seikkula og PEF er fokus på å være personlig, utøve aktiv lytting og stille sirkulære spørsmål.

De tre intervjuede teamene har mange tanker om opplæring, en del av dem felles. De er alle opptatt av at utdanningen i liten grad har vært tilpasset konteksten til ACT. Et typisk tema har vært rus. Om lag 50% av ACT-pasienter har en samtidig ruslidelse og dette temaet savnes i opplæringen. Et team peker spesielt på at de har hatt kursholder på egen arbeidsplass og at innholdet i kurset da fikk en tydeligere ACT-tilnærming. Dette ble opplevd som motivasjon til å utvide tilbudet og å kunne tilpasse innholdet til egen kontekst. Både Minuchin (Jensen, 1994) (Schjødt & Egeland, 1989) og Imber-Black (Imber-Black, 1988) peker på betydningen av å vie oppmerksomhet til familiens struktur, ytre stressorer og tidligere erfaringer med behandlingssystemer. I temaene for alliansesamtalene fra manualen er også dette fremhevet. Kan slik kunnskap være en motivasjon til å vurdere om opplæringen i PEF bør tilpasses ulike kontekster?

Jeg har vist over at de fleste gruppeforløpene har stoppet opp i alliansearbeidet. En konsekvens av dette er at alliansearbeidet i løpet av intervjuene har blitt løftet fram som noe eget og ikke bare som en forberedelse til problemløsningsmøtene. Flere perspektiv kan bidra til å utdype alliansesamtalenes betydning som en egen intervensjon. Imber-Black forteller om mange familiers erfaring med lite produktive forhold til hjelpere. Når nytt familiearbeid startes gjentas ofte de samme mønstrene og det er fort gjort å bli trukket inn i det samme som ny behandler. Minuchin sier at man som familierapeut temporært går sammen med familien, såkalt *joining*, og danner et nytt terapeutisk system.

Psykoedukasjon kan innebære å innta en ekspertrolle. Dette kan skape utfordringer i arbeidet. Ødegård og Bjørkly (Ødegård & Bjørkly, 2012) har pekt på forskjellene i første- og andreordens tilnærming til samarbeidsrollene. Familien kan forvente en ekspert, men møter en behandler som er mer opptatt av å utforske familiens eget meningssystem. Motsatt kan

behandler innta ekspertrollen, mens familien på sin side har møtt mange eksperter som ikke har kunnet hjelpe. Felles oppfatning av hvilke roller som inntas, vil kunne være et viktig bidrag for å skape utvikling i alliansearbeidet. I en løsningsfokuset tilnærming vil behandleren være opptatt av å ta avstand fra teoretiske og normative standpunkt. Et problem har ingen sann natur, men oppmerksomheten vies de problemene som den enkelte gir uttrykk for. Ekspertrollen blir forlatt. Seikkula vil være opptatt av å skape dialog mellom deltakernes fortellinger snarere enn å på forhånd velge ut hvem som skal forandre seg. Pasientens system og behandlerens system møter hverandre som likeverdige parter. Tom Andersen (Andersen et al., 2005) vil si at beholders rolle er å gå inn i en dialog for å forstå hvordan den enkeltes beskrivelse og forklaring er skapt. Han sier videre at vi i følge den postmoderne tilnærmingen ikke kan vite noe om den andre før vi spør og lar oss informere. Arbeidsheftet fra TIPS fremhever mange av disse viktige momentene. Temaer som hører med er lytting til tidligere gode og dårlige erfaringer med behandlingsapparatet uten å gå i forsvar for eget system, anerkjenne familiens tidligere forsøk på mestring og håndtering av situasjonen og normalisering av sterke følelser av skyld og skam.

Alliansesamtalene foregår med pasient og familie adskilt og skal virke som forberedelse til problemløsningen. Alliansesamtalene kan også forstås som en egen intervensjon. Når man arbeider med tema som nevnt over, vil ny informasjon tilføres systemet. Imber-Black refererer til Milanogruppen. Hvert intervju, eller alliansesamtale i vår betydning, er en intervensjon i seg selv.

Selv om ingen av teamene i dag har deltakere i problemløsningsfasen, løftes disse fram som viktige. Teamet som tidligere hadde problemløsningsgruppe, fortalte at det var en positiv opplevelse å bruke manualen til det arbeidet og erfare at det var nyttig for familien. TIPS tar utgangspunkt i at det er de dagligdagse problemene pasienten og familien opplever, som skal løses. Behandler må hjelpe og være aktiv i forhold til at forventningene blir tydelige og tilpasset pasientens sykdomsfase og symptombelastning. Problemløsningen må være her-og-nå orientert og ta utgangspunkt i noe pasienten ønsker forandring på.

I løsningsfokuset tilnærming er man opptatt av nyttiggjøring. Pasientens eksisterende ressurser, evner, kunnskap, nettverk med mer, nyttiggjøres for å lede ham eller henne til det ønskede resultat. LØFT vil også si at forandring er uunngåelig. Pasienten kan ikke unngå å forandre seg, terapien blir et spørsmål om å identifisere forandringene som inntreffer naturlig

og nyttiggjøre dem for å frembringe en løsning. Minuchin arbeidet mye med fattige og andre på utsiden av samfunnet. Han anerkjente også behovet for å gjenopprette familiens stabilitet i forhold til ytre stressorer som kan påvirke den indre balansen i familien. Seikkulas nettverksmøter kan på mange måter minne om problemløsningssamtalene i PEF. Han ser også nettverksmøtet som arena for problemløsning. Som strukturell intervensjon er målet å endre den oppfatningen deltakerne har av hverandre, ikke nødvendigvis væremåten. De emosjonelle opplevelsene i møtet skaper forandringen. I problemløsningssamtalene i PEF kan det trekkes parallell til Tom Andersens reflekterende team. Problemene oppfattes som multivers, de kan beskrives på mange måter og hver deltaker skaper sin versjon av problemet. I møtet inviteres deltakerne til å lete etter andre beskrivelser og forklaringer som ikke er oppdaget. Styrken i nettverkets støtte illustreres ved et team som har erfart å drive flerfamiliegruppe. De forteller at gruppen fortsatte etter at behandler hadde avsluttet sin rolle og gruppa fortalte at det å høre erfaringer fra andre familier gir en annen effekt enn å høre på en spesialist.

PEF som familiebehandlingsmetode i ACT, ser ut til å styrke relasjonene mellom behandlerne i ACT, familien og pasienten. Det bringes også inn ny viktig kunnskap om den enkelte families situasjon gjennom PEF. Behandlerne rapporterer at de forstår pasienten bedre når de har en bredere historie og skepsis fra familien mot ACT-teamet blir bygget ned. McFarlane (McFarlane, 1997) fremhever PEF som en optimal metode for å få en god allianse med familien og sørge for optimal familiestøtte for pasienten. McFarlane fremhever at det er behandlerne i ACT som skal sørge for familieinvolveringen (McFarlane, 2000). Flere forfattere foran viser til Bateson og hans double bind som et hinder i relasjonsarbeidet med familiene. Klandring av familien legger dårlig grunnlag for å utvikle en gjensidig relasjon.

5.2 Psykoedukativt familiesamarbeid med ulike pasientgrupper

Alle de intervjuede teamene har tanker om utvelgelse av pasienter for deltakelse i PEF. Det er en felles erkjennelse av at det ikke er ressurser til at alle pasientene kan få tilbudet. Denne utfordringen vil jeg drøfte nedenfor. Når det da er slik at ikke alle kan få tilbudet, må det gjøres en utvelgelse. Kanskje bør det også vurderes om noen profiterer bedre på tilbudet enn andre. Alle teamene forankrer utvelgelsen i fellesskap slik at det ikke kan stilles spørsmål ved uønsket skjevfordeling av ressurser i teamet.

Flere team peker på at nysyke og unge pasienter bør få tilbud om PEF. Jo tidligere man kommer inn med familiearbeid, jo bedre er det. Opplegget fra TIPS er også innrettet med tanke på unge med førstegangssykose. Minuchins strukturelle familierapi har fokus på livssyklustenkning og dette kan gi mening i en kontekst der det å skulle flytte hjemmefra kan være en utfordring for unge pasienter. Norheim med flere (Norheim et al., 2015) skriver i sin artikkel over at familiemedlemmer bør gis informasjon om psykoselidelser tidlig.

Graden av Expressed Emotions i familien kan være en annen vei å gå for å velge ut riktig familien å tilby PEF. Flere informanter støtter dette. I familier med høy EE er tilbakefallsfaren høyere enn i andre familier (Anderson et al., 1986) og PEF er innrettet mot å senke EE i familiesystemet. Dette aktualiserer spørsmålet om team som tilbyr PEF, rutinemessig bør invitere pårørende inn til utfylling av "Family Questionnaire" når ny pasient tas inn i teamet. Bentsen (Bentsen, 2003) antyder i sin artikkel at effekten av PEF vil øke jo mer kontakt pasienten har med familien. Ut fra dette kan det være en tanke at PEF tilbys alle pasienter som bor sammen med pårørende. Bentsen viser også i sin artikkel til studier som antyder at når PEF blir gitt til familier med lav EE, har det gått dårligere med disse familiene, og de bør ikke få dette tilbudet. Anderson med flere hevder at ikke alle pasienter drar nytte av den psykososiale komponenten i behandlingen. Pasienter som ved utskrivning var tilbaketrukne, desorganiserte, engstelige og hadde liten innsikt i egen sykdom, fikk lettere tilbakefall når de ble skrevet ut til behandling med høye forventninger enn om de ble latt være i fred eller alene (Anderson et al., 1986, s. 11).

Spørsmålet om avslutning av PEF før forløpet er slutt, tas opp av flere informanter. En antyder at det er feil tidspunkt for PEF når familien har mange andre stressorer. Imber-Black peker på at noen familier får en følelse av hjelpeløshet overfor hjelpere når de plutselig får et sykt familiemedlem og må forholde seg til et større hjelpesystem uten å ønske det. Familien kan da bli opptatt av å løse sitt sekundære problem – å kvitte seg med hjelperne. En annen mener at gruppearbeidet bør avsluttes om pasienten ikke har effekt av tilbudet. LØFT postulerer igjen en enkel setning som belyser dette; "Hvis det ikke virker, så ikke gjør det om igjen" (Berg et al., 1998, s. 40). Imber-Black viser til Watzlawick som snakker om "mer av det samme" (Imber-Black, 1988, s. 115). Pågående løsningsarbeid kan bidra til å holde problemet gående. Kopelowicz og Liberman tar opp spørsmålet om dosemengde av psykososial trening. Psykososial trening kan forårsake stress og økte symptomer dersom den gis uten struktur og i for store doser (Kopelowicz & Liberman, 2003).

Som nevnt står teamene fast i alliansearbeidet og ingen team har ved intervjuetidspunktet familier i problemløsningsfasen. Flere forhold som kan belyse dette, trekkes fram av informantene. En sier at pasienten har fått tilbakefall og at arbeidet med ACT-pasienter er annerledes enn arbeid med nysyke. En annen sier at det er en utfordring å få med pasientene da de har dårlig oppmøtekompetanse. LØFT bruker begrepet kunde om en pasient som er engasjert i egen bedring. Dette er en klient som selv har startet letingen etter hva som kan føre til en løsning. Kunden er rede til å ta skritt for å være med å ta ansvar for problemet. Noe innsikt i egen sykdom slik Anderson peker på over, kan da synes nødvendig å ha.

ACT er innrettet for å gi behandling til pasienter som helsevesenet tidligere ikke har klart å lage en arbeidsallianse med. Av dette følger det at det også kan være vanskelig å få til en behandlingsrelasjon som legger til rette for PEF. Et team tar opp dette paradokset i intervjuet og stiller spørsmål ved om PEF er rette intervensjonen i ACT. TIPS retter seg mot ny-syke og en typisk ACT-pasient har kanskje mange ulike behandlingsforsøk bak seg. I en ideell behandlingsverden skulle ACT-pasienter vært tilbudt PEF tidligere i sykdomsforløpet. Dette skaper en Catch 22, et begrep hentet fra en roman av Joseph Heller. Begrepet refererer til en paragraf 22 som er paradoksal. Om man er sinnsyk og krever fritak fra krig på grunn av dette, er det å be om slikt fritak et bevis på at man ikke er syk (Heller & Svenkerud, 1985). Hvis pasienten tidligere hadde vært tilbudt PEF, ville han eller hun da blitt en ACT-pasient eller ville bedring på grunn av PEF brutt forløpet og hindret et ACT-behov? Kanskje er det nettopp ACT-pasientene som trenger PEF, men at tilnærmingen må vies spesiell omtanke?

Sytema med flere tar i sin artikkel (Sytema et al., 2014) opp de uteblivende resultatene da man utstyrte ACT-team i Nederland med PEF og andre psykososiale intervensjoner. De har flere mulige årsaksforklaringer. Mange av intervensjonene ble ikke iverksatt, herav også PEF, fordi pasientene ble vurdert å være i for dårlig psykisk form til å delta. Pasientene var ofte utilgjengelige og de nektet selv å delta. Både lav deltakelsesgrad og høy dropout var antydninger om at forsterket ACT hadde problematiske sider. Flere viktige forhold ble trukket fram. Behandlerne som skulle tilby PEF var ikke de vanlige ACT-behandlerne, men andre med kompetansen som midlertidig ble tilknyttet teamet. Artikkelen antyder at den spesielle relasjonen mellom pasienten og ACT ville vært avgjørende for å motivere og beholde brukeren i tiltaket. Eksterne behandlere har ofte ikke nok trening i å engasjere pasienter som

har problemer med relasjonsbygging. Artikkelforfatterne foreslår å tilpasse støtteintervensjoner som PEF til de spesielle utfordringene ACT-pasienter har.

ACT som totalleverandør av behandlingstilbudene støttes av flere av informantene. Eksternt tilbud om PEF kan synes hensiktsmessig for å samarbeide med andre om flerfamiliegrupper, men alliansesamtaler og enkeltfamiliegrupper skal tilbys av teamet. Kunnskap om familiene er viktig å ha for å gi god behandling og deling av roller kan skape parallellbehandling. Inn mot problemløsningsfasen er ACTs kunnskap om pasientene et godt verktøy for å bidra til å løse overkommelige problemer for pasientene. Det er også praktiske grunner. Et team fremhever at ACT er et fleksibelt tilbud og at samarbeidspartnere på utsiden ofte ikke besitter samme grad av fleksibilitet. Dette vil være et hinder i arbeidet. Chow med flere peker på at den doble rollen til klinikerens som gruppeleder for PEF og som kontaktperson i ACT, plasserer ham i en ideell posisjon til å kunne levere begge tjenester (Chow et al., 2010).

Jeg viser videre til OPUS-studiene og fenomenet der bedringseffekten av ACT ser ut til å avta etter noen år (Nordentoft et al., 2014). McFarlane viser til at effekten av PEF ser ut til å avta i Family-aided ACT når behandlingen trappes ned etter 18-24 måneder (McFarlane et al., 1999). Samme fenomen beskrives av Burns i en undersøkelse der effekten av ACT ikke lar seg gjenskape i samme grad i Storbritannia som i USA (Burns, 2010). Det er en sammensatt problemstilling at effekten av disse tiltakene kan se ut til å dable av etter noen år, men det kan indikere at det er behov for å holde intensiteten oppe i ACT-behandling for å bidra til at pasientene holder ut i et PEF-forløp.

I oppgavens innledning berører jeg spørsmålet om PEF og ACT kan representere to ulike vitenskapssyn og om disse kan være problematiske å forene. Ødegård og Bjørkly tar i sin artikkel (Ødegård & Bjørkly, 2012) opp forholdet mellom førsteordens og andreordens relasjoner mellom behandler og familie. Ekspertrollen kan lett identifiseres med den psykoedukative tilnærmingen. Likeså kan ACT med sin tilnærming med å jobbe ut fra pasientens premisser, oppfattes som den sosialkonstruksjonistiske motsetningen. Oppgaven har også vist at evidensen for begge behandlingsmetodene ikke nødvendigvis lar seg gjenskape i alle kontekster (Burns, 2010) (Lucksted et al., 2012) (Nordentoft et al., 2014). Min tilnærming som systemisk student, må bli at begge behandlingsmetoder tilbyr gode verktøy for å skape bedring i en vanskelig livssituasjon for pasientene og deres familier. Oppgaven blir derfor å fylle systemisk tankegods inn i alle faser av arbeidet og ikke fokusere på eventuelle motsetninger.

Norcross og Wampold har vært opptatt av evidensbasert behandling og hva som virker. I artikkelen "Evidence-based therapy relationships" (Norcross, Wampold, & Hilsenroth, 2011) peker de på noen faktorer som også kan belyse overstående. Terapeutisk relasjon er avgjørende for utfall av behandling og har større betydning enn valg av behandlingsmåte. Terapeutens adferd og kvalitet legger til rette for en god behandlingsrelasjon og forsøk på å implementere den beste evidensbaserte behandlingsmetoden er ufullstendig uten å inkludere relasjonen.

5.3 Oppstart og drift av psykoedukativt familiesamarbeid i ACT-team

De tre teamene peker på viktige faktorer for oppstart og drift av PEF. Ildsjeler i teamene har vært viktige bidragsyttere. Endringsarbeid starter ofte innenfra, slik Seikkula beskriver i sin bok. En presset psykiatritjeneste i Lapland ble ved hjelp av nyskapende nettverksarbeid, omformet slik at behovet for innleggelse og antipsykotisk medisin ble drastisk redusert og nye tilfeller av schizofreni i området ble færre (Seikkula & Stenersen, 2012, s. 13).

Ytre forhold synes også viktig for implementering av PEF. Informantene peker på god forankring i ledelsen, støtte fra avdelingssjef og påtrykk fra andre i eget helseforetak. Helsedirektoratets veileder for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013) tillegges også stor betydning. Når behandlingsmetoden PEF også kan synes godt dokumentert resultatmessig (Norheim & Mjøsund, 2010) (McFarlane, 1997), reiser dette spørsmål ved hvorfor integrering av PEF i ACT-team ikke er implementert på bred basis.

Anderson med flere peker på at metoden er relativt enkel og rett fram, men at tilnærmingen ikke alltid er lett å implementere. Mange behandlingssteder legger ikke vekt på langvarig kontakt med pasientenes familie. Det er viktig å skaffe seg mandat fra egen virksomhet (Anderson et al., 1986, s. 295). Chow med flere tar opp utfordringen med mangel på litteratur knyttet til implementering av PEF i ACT-team. De undres over dette da de hevder at dokumentasjonen på Family-aided ACT er god. Forfatterne peker på at selv om ACT-team er oppsatt med gode ressurser, kan de nødvendige ekstra ressursene PEF krever, være en barriere. Implementeringen er tidkrevende, mobiliseringen av familiene kan være tidkrevende og det er ofte en misforstått nødvendighet av å holde på pasientenes konfidensialitet (Chow et al., 2010).

Begrepet ”implementeringsparadokset” tas i bruk av Lucksted med flere. I sin gjennomgang av forskning på PEF peker de på at selv om det er dokumentasjon av behandlingsmetodens effekt, er den kun tatt i bruk i beskjeden grad. PEF kan vurderes som lite målbar da forløpet går over lang tid og ofte gis i kombinasjon med andre intervensjoner. Mange klinikere holder fast på sin tradisjonelle behandling og er lite villige til å prøve noe nytt. I Norge har PEF blitt forsøkt implementert ved en større satsing og har fått positive tilbakemeldinger fra behandlere. Likevel er det ikke gjort forskning på graden av implementering eller effekt (Lucksted et al., 2012).

McFarlane, medforfatter i artikkelen over fra 2012, undres som vi ser av implementeringsparadokset. I en annen artikkel han har skrevet tilbake i 1997, tar han til orde for at kombinasjon av ACT og PEF kan gi en synergieffekt. Han hevder at det er god kostnadseffektivitet ved slik kombinasjon og at implementering ikke vil medføre større ressurskrav enn én time pr måned per pasient (McFarlane, 1997). Dette kan synes noe i motsetning til det Chow med flere hevder over og det flere av informantene forteller.

Opplæring, veiledning, tilhørighet til faglig nettverk og mengdetrening holdes fram av informantene som viktige faktorer for å holde arbeidet i gang og utvikle det videre. Alle teamene har tilbud i eget helseforetak om veiledning og nettverkstilhørighet.

Behandlingsmetoden blir tilpasset etter eget skjønn og da er det en ressurs å møte noen som kan bidra til å holde fokus på manualen. Anderson med flere peker på betydningen av å tilhøre et nettverk (Anderson et al., 1986, s. 294) for å sikre støtte og oppmuntring.

Informantene peker på mengdetrening som en viktig utviklingsfaktor i arbeidet. Dette kan i lys av manglende ressurser til bred implementering, stille spørsmål ved om hvor mange i hvert team som skal utøve PEF.

Anderson med flere peker på opplæring og utvelgelse av behandlere som viktig. Både kunnskap om schizofreni og erfaring med familiararbeid er nødvendig (Anderson et al., 1986, s. 297). Et team nyter godt av at egen FOU-avdeling sørger for nødvendig opplæring til alle som ønsker dette. Et annet team har hatt besøk av kursholder fra TIPS som har tilrettelagt kursinnholdet til ACT-kontekst. For å nå ut til flere ACT-team kan dette muligens være en god satsing for å utbre implementeringen og sørge for god forankring i behandlingsmetoden PEF når arbeidshverdagen er strevsom i etterlevelse av manualen.

5.4 Debatten om evidensbasert praksis

ACT og PEF er som nevnt såkalte evidensbaserte praksiser (Sytema et al., 2014) (CEBP, 2011). Jeg har valgt å gå noe inn i denne debatten fordi oppgavens litteratursøksdel reiser spørsmål om evidensen for både PEF og ACT. Noen informanter reiser også tvil om PEF passer for ACT-pasienter.

Den amerikanske boken om PEF (Anderson et al., 1986) og flere av artikkelforfatterne, for eksempel MacFarlane (1997 og 2000), peker på den sterke evidensen for PEF. Andre artikkelforfattere reiser tvil om den samme evidensen for PEF og ACT (Burns, 2010) (Sytema et al., 2014). Informantene inntar også ulike posisjoner. En informant bekrefter viktigheten av det psykoedukative og den store nytten både pasientene og behandlerne får fra familiegruppene. En annen løfter fram utfordringene knyttet til å få med pasientene. Informanten hevder at ACT-pasientene har dårlig oppmøtekompetanse og at det er vanskelig for dem å håndtere et slikt konsept som flerfamiliegrupper.

Evidensbegrepet er omtalt i litteraturen med en enorm bredde. De ulike fag har hver sine antagelser om evidens og begrepet sees i mange ulike kontekster. Medisinske fag har i følge Hansen og Rieper stått sentralt i utviklingen av evidensbegrepet (Grimen & Terum, 2009). På 1990-tallet vokste det i USA fram en bevegelse for å sikre at medisinsk behandling ble utført på bakgrunn av sikker viten om god behandling og ikke på bakgrunn av den enkelte praktikers skjønn eller individuelle tilnærming. Denne kunnskapen skulle frembringes gjennom vitenskapelige eksperimenter og statistikk. Positivistisk vitenskapsteori har vært sentral i utviklingen der empirisme, kvantitative metoder og i våre dager RCT-studier har blitt anerkjent som gode nok metoder (Thomassen, 2007).

Kritikere av denne måten å forstå kunnskap og evidens på vil hevde at det er andre og viktigere kilder til kunnskap. En av opphavsmennene til fenomenologien, Husserl, hevder at vi bare har kunnskap fra slik den oppleves og oppfattes av subjektet – fra den enkelte bruker av våre tjenester (Thomassen, 2007). Gadammers og Heideggers hermeneutiske forståelse av kunnskap tilsier at vi selv er trukket inn i forståelsens sirkel og at forståelsen derfor er preget av vår egen forforståelse, horisont og våre fordommer (Krogh, 2014). En sosialkonstruksjonist vil hevde at det ikke finnes annen kunnskap enn den som oppstår i en kontekst mellom to subjekter hvor språklig samhandling konstruerer relasjonen mellom

subjektene. Kunnskap eller erkjennelse skapes i den språklige relasjonen i felleskapet (Thomassen, 2007). Kvalitative forskningsmetoder anerkjennes som like viktige eller viktigere enn de empiristiske.

Det er også ulike syn på hva man skal tenke om forholdet mellom teori (evidens) og praksis. Teori er en abstrakt forenkling av virkeligheten. Teorier utsier noe allment og generelt. Praksis er enkelthandlinger som inngår i sammenhengende handlingssekvenser rettet mot å virkeliggjøre visse mål, ifølge Ricoeur (Thomassen, 2007). En positivistisk tilnærming kan litt spissformulert være å si at det er et enveisforhold fra teori til praksis - først formulere en teori for så å handle konkret ut fra teorien. I dette synet kan det ligge en antagelse om at det er teori som styrer praksis og dermed kommer først (Thomassen, 2007, s. 35). Et hermeneutisk vitenskapssyn vil hevde at praksis er handlingserfaring heller enn vitenskap. Hvilken kunnskap ligger til grunn for kompetent yrkesutøvelse og hvordan erverver vi oss denne kunnskapen? Aristoteles var opptatt av praktisk skjønn eller fronesis: "Det som fremfor alt er den klokes virke, er å overveie vel". Polanyi er opptatt av taus kunnskap. Vår kunnskap består av så veldig mye mer enn det vi klarer å sette ord eller en teori på. Vi har en bakgrunnskunnskap som vi ikke bevisst handler ut fra, men som bidrar til praktisk handlingskompetanse (Thomassen, 2007). En informant mener at teamet driver med psykoedukativt arbeid hele tiden, men at det å bruke arbeidsheftet gjør det tydeligere for pasientene. En annen forteller at PEF ikke er så fjernt fra det de ellers gjør i teamet og at det derfor har vært lett å komme i gang.

Hva er sammenhengen mellom teori som abstraherer fra de konkrete enkeltfenomener og handling i praksis som nettopp utfolder seg i konkrete og unike kontekster? Fra hermeneutikkens synspunkt kan man hevde at enhver teoretisk forståelse forutsetter en praktisk kunnskap. Vi forstår ting og situasjoner i verden ikke gjennom å observere, men gjennom å handle. Vi har alltid en praktisk kunnskap forut for en teoretisk forståelse. Kunnskapen er ikke kontekstfri. Et bastant skille mellom teori og praksis er umulig. Det finnes ikke noe nullpunkt forut for handling eller forståelse. Vi møter aldri situasjoner forutsetningsløst (Thomassen, 2007).

Donald Schön med sin hermeneutiske kunnskapsteori, kritiserer oppfatningen av profesjonell praksis som en teknisk instrumentell problemløsningsprosess. I virkelighetens verden står vi heller overfor problemer som er uklare, forvirrende og ustabile. Utfallet av egen praksis kan

være usikker og mål kan være motstridende. Problemer må defineres underveis og jeg som praktiker må gå inn i aktivt samspill med den situasjonen jeg møter. Evne til fleksibilitet i konkrete situasjonsvurderinger blir kjennetegnet for en kyndig praksis (Tuft, 2011).

Evidensbasert praksis har blitt et viktig begrep i psykisk helsevern innenfor spesialisthelsetjenesten. Folk flest har nå en ubegrenset tilgang til informasjon og vil naturlig nok lete etter informasjon om hva som er god behandling for nettopp deres problem. Offentlig myndigheter møter en konstant forventning om å ikke å bruke penger på andre tiltak enn dem man kan vite virker. Utvikling av anbudsprinsippene i offentlig sektor har også satt fart i denne prosessen. Man kjøper en tjeneste som man kan dokumentere nytten av, til billigste pris. Tilhengerne peker på at evidensbasert praksis setter oss i stand til å treffe valg ved å integrere det vi vet, med det brukeren ønsker. Motsatsen beskrives da som å praktisere på basis av det vi mener og det vi ønsker. Bjørndal kaller dette folkelig ”synsing” (Grimen & Terum, 2009, s. 125). Bjørndal hevder videre at evidensbasert praksis, eller å forvalte et fag, innebærer å ha mer kunnskap enn brukeren om sannsynlige utfall av ulike handlingsvalg, slik at den profesjonelle kan bistå i å treffe gode valg. Denne tilnærmingen vil sikre et kvalitetsløft i offentlig sektor. Evidensbasert praksis tilbyr begrunnede og dokumenterte metoder. Dette sikrer en transparent prosess for mottaker der beslutning om metode er løftet bort fra den profesjonelle praktiker. Ifølge Bjørndal har behandling blitt demokratisert og involverer brukerne på en ny måte. Makten har blitt overført fra profesjonene til klientene. Evidensbasert praksis gjør det også lettere for profesjonene å orientere seg i kunnskapsjungelen. Det er dannet en ny basis for dialog mellom profesjonene og brukerne, og brukerne blir gjennom dette mer involvert i egen bedring (Grimen & Terum, 2009, s. 140).

Lucksted med flere (2012) tar i sin artikkel opp utfordringer knyttet til evidensproblematikken med PEF. De hevder at det er vanskelig å gjenskape samme gode resultat utenfor USA og Australia. De fremhever viktigheten av å tilpasse metoden etter egen kontekst.

Kostnadsreduksjonene ved å introdusere PEF i behandlingen har ikke latt seg dokumentere. De hevder også at metodens behandlingmessige effekt er vanskelig å måle da den inntreffer over et langt forløp. Mange andre faktorer vil spille inn i en bedringsprosess (Lucksted et al., 2012). Informantene rapporterer om utfordringer knyttet til implementering av modellen, blant annet om manglende personalressurser. McFarlanes (1997) påstand om en times ekstra arbeid i måneden virker urealistisk. Andre stiller også spørsmål ved evidensen i både i PEF og ACT. OPUS-studiene pekte på at effekten av PEF så ut til å flate ut etter noen år, dette er også

pekt på av McFarlane med flere (Nordentoft et al., 2014) (McFarlane et al., 1999). Pitkanen og Puolakka (2013) peker på at effekten av PEF ikke kan dokumenteres og at validiteten i RCT-studiene er tvilsom. Sytema med flere (2014) peker også på at effekten av PEF i ACT ikke kan dokumenteres. Målinger kompliseres av stor drop-out fra pasientene. Informantene har pekt på vanskene med å etterleve manualen. Dette støttes av Nilsen (2015) og Lucksted med flere (2012) som pekte på behovet for å tilpasse modellen etter kontekst. Ødegård og Bjørkllys betraktninger (2012) om ekspertrolle kontra andre ordens tilnærming gir mening i en slik diskusjon. En ekspertrolle med utgangspunkt i manualen uten å fange opp familiens behov og kontekst vil kunne lede til drop-out og frustrasjon. Manualen og Anderson (1986) fremhever behovet for å gjøre egne vurderinger ut fra erfaring med familiearbeid og kunnskap om psykisk lidelse, satt inn i kontekst – en andre ordens tilnærming.

Både PEF og ACT er behandlingsformer som baserer seg på manualer og målepunkter. Dette gir trygghet og struktur i behandlingen og bidrar til å holde fokus på noe som andre har erfart virker. Samtidig er oppgavens kontekst pasienter med lange og vanskelige sykeforløp. Bedring skjer i beste fall over mange år og det er svært vanskelig å peke på og måle hva som har bidratt til bedring eller eventuelt forverring. Kanskje er det forhold langt utenfor vårt domene som har slått inn?

Hvis man for alvor mener at kunnskap er en sosial konstruksjon, er det meningsløst å snakke om evidensbasert praksis. Tor-Johan Ekeland hevder i en kronikk på forebygging.no at kontekstfrie metoder ikke finnes (Ekeland, 2002). Evidensbevegelsen har samlet seg om smal kunnskap der RCT-design rager på toppen i en slags nypositivisme. Det fører til at andre vitenskapstyper blir marginalisert, og at praktikerens autonomi blir svekket. Evidensbasert praksis kan med negative briller oppfattes som en manualbasert kokeboktilnærming. Begrepet evidensbasert praksis brukes stadig oftere i våre ulike praksisfag uten nærmere presisering. Fremveksten av evidensbevegelsen kan forstås som en kritikk av praksisbasert kunnskap. Jorun Vindegg viser at det i debatten er tvil om nytten av RCT-studier i sosialt arbeid, der praksisfeltet er komplekst og mangefasettert (Grimen & Terum, 2009, s. 82). Harde data settes opp mot taus kunnskap (Marthinsen & Tjelflaat, 2005). I dette mistes erfaring, skjønn og brukerkunnskap. Videre står man i fare for å neglisjere tiltak der evidens er vanskelig å frembringe. Ekeland kritiserer også at en i direkte overføring til praksis overser den evidensbaserte kunnskapen sine grenser. Forsking og praksis er prinsipielt to ulike typer kontekster, noe som evidenstenkningen ser bort fra (Ekeland, 2002).

5.5 *Metodediskusjon*

I forarbeidene til oppgaven gjorde jeg som nevnt innledningsvis, forsøk på å bruke problemstilling og forskningsspørsmål. Jeg hadde mange forskningsspørsmål og trakk dem med meg inn mot det som i oppgaven har blitt delmål. Jeg har begrenset og forenklet dem vesentlig, noe jeg er glad for i ettertid. Underveis var jeg bekymret for om de få delmålene ville hindre meg i få et godt materiale til analysen, men intervjuguiden og ikke minst intervjuformen ga meg mye å jobbe med. Jeg har i løpet av prosessen valgt å fokusere mer på organisatoriske forhold enn planlagt da intervjuene ga mye materiale om dette.

I metodebeskrivelsen har jeg gjort rede for min forforståelse. Prosessen med masteroppgaven har gått over en del tid. Jeg har underveis selv jobbet med PEF og den teori og empiri jeg har brakt inn, har preget meg fortløpende. Jeg blir stadig mer fascinert av de muligheter og utfordringer kombinasjonen av ACT og PEF gir.

Jeg har aldri vært i tvil om at en kvalitativ metode ville passe til min oppgave. Jeg har likevel undret meg på underveis hvilken utbredelse kombinasjonen av ACT og PEF har, både i Norge og andre nærliggende land. Dette kunne kanskje være gjenstand for en kvantitativ tilnærming ved en senere anledning.

Systemisk teori og praksis inntar for tiden et postmoderne ståsted vitenskapsteoretisk. Sannheter konstrueres, utvikles og utfordres livet igjennom. Fortellinger om oss selv skapes gjennom kommunikasjon og sosiale prosesser der rådende oppfatninger er at det finnes flere måter å leve eller forstå verden på. Jeg har blitt opptatt av hvordan systemisk teori og praksis kan være med å belyse bruken av psykoedukativt familiesamarbeid. Min opplevelse er at jeg så vidt har skrapet borti dette i denne oppgaven. Jeg kunne like gjerne gjort denne masteroppgaven som en teorioppgave for å gi et mer utfyllende bilde av dette. Psykoedukativt familiesamarbeid er lite omtalt i familieterapilitteraturen og det er muligens skepsis til å se PEF som en systemisk tilnærming. Jeg håper denne oppgaven i noe grad kan bidra til å nyansere bildet.

Litteratursøksdelen ble for meg en overveldende del. Jeg har strevd med å velge bort artikler og jeg synes mye er relevant, men ved utskrivning ser jeg at det tar mye plass. Likevel synes

jeg det har vært viktig å ta det med, da det for en leser som ikke kjenner feltet, bidrar til å gi en god forståelse før jeg bringer inn funnene fra intervjuene.

Manglende rutine i denne formen for forskning førte at jeg ikke begrenset søkene tilbake i tid. Når jeg nå har sett på dateringen av treffene er ingen eldre enn 1996. Det tilsier at de innholdsmessig er kommet til etter at PEF er etablert og de derfor sannsynligvis ikke medfører metodefeil. I den innledende fasen var søkingen av type prøv-og-feil. Jeg gjorde derfor ikke notater underveis, noe jeg i ettertid ser var uheldig. Noen av artiklene er resultat av prøv-og-feil og bærende i argumentasjonen min. Jeg skulle derfor ønske at jeg hadde kunnet dokumentere hvordan de fremkom.

Gjennom intervjuene fikk jeg informasjon som kan være med på å forklare hvorfor så få team bruker denne modellen. En informant sier for eksempel at det tok tid før de fikk implementert PEF. Teamet måtte gå noen runder på om PEF passet inn i ACT-modellen eller ikke. Dette spørsmålet brukte teamet ett eller to år på. En annen informant forteller at det må legges til rette for PEF og at det er svært ressurskrevende å drive. En tredje informant forteller at PEF krever mye støtte fra ledelsen.

Helsedirektoratets veileder er gitt ut i juni 2013 og den reviderte manualen for ACT/FACT er utgitt i januar 2014. Sett i lys av at dette fremdeles er i relativt nær fortid kan det hende mine forventninger til utbredelsen har vært for høye.

Et av de intervjuede teamene er ikke et ACT-team. Dette åpner muligheten for feilkilder i datamaterialet. Teamet har samme pasienttyper som ACT og er kjent med ACT-modellen. Når jeg har gjort analysen ser jeg at dette teamet ikke bringer inn vesentlig andre synspunkter enn de to andre. De bidrar også med verdifull informasjon de andre teamene ikke kom med. Jeg kunne valgt å ta dette intervjuet ut av materialet. Jeg har intervjuet så få team at jeg opplevde mengden som mager om jeg skulle ekskludert det. Jeg har hatt fokus på problemet underveis i prosessen. Jeg gjør heller ingen forsøk på å generalisere noe ut fra funnene og anser derfor ikke dette å være en avgjørende svakhet.

Jeg oversatte all transkripsjon fortløpende til bokmål. Bokmål faller mer naturlig å jobbe med for meg og gjorde transkripsjonsjobben mye enklere. Det er alltid en fare for å miste nyanser av mening når man snakker med folk med ulike dialekter, men jeg tror ikke det har påvirket

materialet i særlig grad. Oversetting til bokmål reduserer også muligheten til indentifisering av informantene.

Analysen ble gjort høsten 2016. Underveis i skriveprosessen har jeg forsøkt å holde meg lojal til resultatet. Likevel har jeg gjort meg tanker om jeg ville gjort analysen med samme resultat om jeg skulle gjort den på nytt i dag. Sannsynligvis ikke. Teori og empiri setter fortløpende preg på tenkingen min og ville sikkert også påvirket analysen. En medforsker ville heller ikke kommet fram til samme resultat, men forhåpentligvis noe som ligner.

I løpet av prosessen har jeg både fra pensumlesing og forelesninger fått tanker om at jeg også kunne valgt andre fremgangsmåter til min undersøkelse. Særlig grounded theory, utviklet av Glaser og Strauss på 1960-tallet, har vakt min interesse (Malterud, 2011, s. 60, ff). Metoden beskrives å ligge i skjæringspunktet mellom positivisme og sosialkonstruksjonisme. Den egner seg godt når man skal utvikle ny kunnskap om et lite beskrevet område der forskeren ønsker å utforske prosesser og å komme opp med en teoretisk forklaring på disse prosessene. Selv om PEF og ACT er godt beskrevet også i Norge, er skjæringspunktet mellom dem ikke beskrevet særlig godt her og jeg er interessert i møtet mellom evidensbaserte tilnærminger og sosialkonstruksjonistisk tilnærming i praksisfeltet. Utvalget av informanter i grounded theory er mettet når man ikke lenger får ny kunnskap om temaet ved intervju. Jeg har likevel ikke valgt denne tilnærmingen, mest av praktiske årsaker. Norge er et stort land og jeg ville ikke hatt mulighet til å reise rundt i tilstrekkelig grad til å kunne si at jeg ville nådd en metning. Som minste anbefaling bør man ha åtte informanter, noe som kanskje heller ville egnet seg for et doktorgradsstudium enn en masteroppgave.

Kvalitativ forskning er en prosess på samme måte som behandling. Hvert møte bringer inn ny informasjon og skaper forandring. Jeg vil ikke klare å gjenskape samme resultat om jeg selv skulle analysert intervjuene på nytt. Diskusjonen er også et produkt av i dag og vil forandres underveis når jeg selv forandrer meg.

En annen forsker ville kunne anvende samme intervjuguide og metode. Likevel er intervjuet en konstruksjon mellom intervjuer og deltakere som er unik for hvert møte. Mange forhold vil prege resultatet av analysen og den vil aldri kunne bli lik min. Jeg håper noe ville vært gjenkjennelig.

Jeg har lagt vekt å beskrive arbeidsprosessen på en oppriktig og konkret måte. Det er ikke et perfekt arbeid, men jeg har vist fram sterke og svake sider ved arbeidet slik at leseren kan følge prosessen og være enig eller uenig med meg i mine valg.

Utvalget mitt er begrenset og kvalitativ metode egner seg lite for generalisering. Jeg har vært opptatt av å finne ut hva disse tre teamene mener og fremstille det på en metodisk og forståelig måte der jeg diskuterer sammenhengen mellom funnene, teori og empiri. Min egen forståelse preger arbeidet fra start til slutt.

Jeg håper likevel at denne oppgaven kan være et viktig bidrag og til inspirasjon for videre arbeid av andre eller meg selv.

5.6 Implikasjoner for videre forskning og praksis

Jeg har over gjort rede for mitt begrensede utvalg for datainnsamlingen og mitt metodevalg. Jeg var underveis opptatt av grounded theory og jeg var også i startfasen inne på tanken om å bruke aksjonsforskning som metode. Dersom min antagelse stemmer om at kombinasjonen PEF i ACT/FACT så langt ikke er spesielt utbredt, kunne et aksjonsforskningsprosjekt for å bidra til økt implementering være nyttig. Aksjonsforskning er en strategi der man arbeider for endring, samtidig som man bruker prosessen for å lære og utvikle ny kunnskap. Metoden ligger i grenseområdet mellom forskning og politisk aktivitet. Jeg kunne brukt metoden til å utbre PEF i utvalgte deler av eget helseforetak.

Dersom jeg hadde hatt tid til et større prosjekt kunne det vært en tanke å få kartlagt utbredelsen av PEF i ACT/FACT-konteksten – i Norge, eventuelt som en komparativ studie på tvers av landegrensene. Det kunne vært aktuelt å utvikle et spørreskjema, og gjort datainnsamling om a) erfaringer om PEF i ACT/FACT, samt b) hvilke faktorer som tenkes å påvirke dette behandlingstilbudet.

Det har vært morsomt og utfordrende å se om PEF kan sees fra et systemisk ståsted. Jeg synes jeg så vidt har skrapet i temaet selv om teori og empiri har relativt stor plass i oppgaven. En (teoretisk) systemisk betraktning av PEF kunne bli gjort til tema for en hel oppgave i seg selv og kanskje fått flere til å interessere seg for metoden. Jeg tror at PEF vil bli stadig viktigere innenfor psykisk helsevern i tiden framover. En artikkel i Fokus på Familien kunne være et

bidrag for å øke interessen fra systemiske terapeuter. Det er jevnlig samlinger for ACT/FACT-team i regi av Helsedirektoratet. En formidling av resultatene fra denne oppgaven kan være til inspirasjon for nye og gamle team som lurer på om de skal ta metoden i bruk.

Flere av informantene kommer inn på at undervisningen i PEF ikke i stor nok grad reflekterer utfordringene man har som behandler i ACT-team. De som har mottatt undervisning direkte rettet mot ACT-konteksten, har uttalt at dette har vært positivt og bidratt til at metoden har vært lettere å implementere. Kanskje kan de ulike undervisningsstedene i helseforetakene gripe tak i dette og legge til rette for undervisning som gjør implementeringen enklere for ACT/FACT-team.

Gjennom oppgaven har jeg vist at effekten av PEF og ACT kan synes å flate ut etter tre til fem år. Det ville vært svært interessant å se nærmere på dette fenomenet i Norge. Melau med flere skal gjøre en fem års etterundersøkelse i Danmark (2011), kanskje kunne en lignende undersøkelse blitt gjort i Norge.

Organisatorisk har oppgaven pekt på at oppstart og implementering av PEF i ACT/FACT krever mer enn opplæring og beslutning om oppstart. Det nærmer seg innføring av standardiserte pasientforløp innen psykisk helsevern og det er grunn til å anta at PEF vil bli et av kravene til behandlingsinnhold. Tor Johan Ekelands begrep ”klinisk autonomi” drøftes i artikkelen ”Du må vite hvordan kasseapparatet virker” (Dimmen & Ødegård, 2012). Ut fra et brukermedvirkningsperspektiv vil relasjonen mellom pasient og behandler være grunnleggende og definere handlingsrommet til terapeuten sammen med pasientens forutsetninger og preferanser. Dette kan fort utfordres av ytre krav om spesifikke behandlingsmetoder og økonomiske resultatkrav. Hvordan vil dette påvirke utviklingen av ACT og PEF?

6 Avslutning

Selv har jeg gjennom arbeidet med oppgaven erfart at det ikke bare er mitt team som strever med å holde progresjonen oppe i PEF-forløpet. Jeg har fått styrket troen på at arbeidet vi gjør er godt nok, selv om vi ikke alltid klarer å etterleve manual og temarekkefølge. Flere pasienter blir kjent med metodikken selv om de ikke er med i et gruppeforløp og kunnskapen brer seg utover – som ringer i vannet. Slik oppgaven peker på, senest i forrige avsnitt, vil psykisk helsevern bli utfordret i tiden framover. Myndighetene ønsker noe som virker, er målbart og billig. Jeg har erfart at møtet mellom to eller flere mennesker basert på åpenhet og nysgjerrighet danner grunnlag for erkjennelse og utvikling.

Jeg gikk inn i arbeidet med oppgaven og trodde jeg visste mye. Gjennom eksplorering og skriving har jeg lært mye mer, både om kunnskapsområdet og om det å skrive en akademisk oppgave. Det har vært noe krevende ved siden av full jobb, men mest morsomt. Jeg er glad for snart å være i mål, men også ydmyk over å ha fått være i en slik prosess.

7 Referanser

- Agius, M., Shah, S., Ramkissoon, R., Murphy, S., & Zaman, R. (2007). Three year outcomes of an early intervention for psychosis service as compared with treatment as usual for first psychotic episodes in a standard community mental health team: Preliminary results. *Psychiatria Danubina*, 19(1-2), 10-19.
- Andersen, Tom, Thomsen, Henny, & Bøgeskov, Tom. (2005). *Reflekterende processer : samtaler og samtaler om samtalerne* (3. utg.). København: Dansk Psykologisk Forl.
- Anderson, Carol M., Reiss, Douglas J., & Hogarty, Gerard E. (1986). *Schizophrenia and the family : a practitioner's guide to psychoeducation and management*. New York: Guilford.
- Bateson, Gregory, Jackson, Don D., Haley, Jay, & Weakland, John. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1(4), 251-264. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/bs.3830010402>
- Bentsen, Håvard. (2003). [Bedrer psykoedukativ familjebehandling forløpet ved schizofreni?]. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 123(18), 2571-2574.
- Berg, Insoo Kim, Miller, Scott D., & Bryde, Sølvi. (1998). *Rusbehandling : en løsningsfokuseret tilnærming*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Burns, Tom. (2010). The rise and fall of assertive community treatment. *International Review of Psychiatry*, 2010, Vol.22(2), p.130-137. doi: 10.3109/09540261003661841
- Burns, Tom; Fim, Mike. (2003). *Assertive Outreach in Mental Health: A Manual for Practitioners*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- CEBP. (2011). Assertive Community Treatment. Lastet ned fra <https://www.centerforebp.case.edu/practices/act>
- Chow, Wendy, Law, Samuel, Andermann, Lisa, Yang, Jian, Leszcz, Molyn, Wong, Jiahui, & Sadavoy, Joel. (2010). Multi-family psycho-education group for assertive community treatment clients and families of culturally diverse background: A pilot study. *Community Mental Health Journal*, 46(4), 364-371. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-010-9305-5>
- Dimmen, Øystein, & Ødegård, Atle. (2012). Du må vite hvordan kassaapparatet virker: En kvalitativ studie om endringer i et poliklinisk tjenestetilbud innenfor psykisk helse for voksne. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(11), 1061-1066.
- Ekeland, Tor-Johan. (2002). Evidensbasert praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.
- Grimen, Harald, & Terum, Lars Inge. (2009). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt.
- Hastrup, Lene Halling, Kronborg, Christian, Bertelsen, Mette, Jeppesen, Pia, Jørgensen, Per, Petersen, Lone, . . . Nordentoft, Merete. (2013). Cost-effectiveness of early intervention in first-episode psychosis: Economic evaluation of a randomised controlled trial (the OPUS study). *British Journal of Psychiatry*, 202(1), 35-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112300>
- Heller, Joseph, & Svenkerud, Herbert. (1985). *Catch 22 : roman*. Oslo: Cappelen.
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser* Oslo: Helsedirektoratet,
- Imber-Black, Evan. (1988). *Families and larger systems : a family therapist's guide through the labyrinth*. New York: Guilford Press.
- Jensen, Per. (1994). *Ansikt til ansikt : system- og familieperspektivet som grunnlag for klinisk sykepleie*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Johannessen, Asbjørn, Christoffersen, Line, & Tufte, Per Arne. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt.

- Johnsen, Astri, & Torsteinsson, Vigdis Wie. (2012). *Lærebok i familierapi*. Oslo: Universitetsforl.
- Jørgensen, Per, Nordentoft, Merete, Abel, M., Gouliaev, G., Jeppesen, Pia, & Kassow, P. (2000). Early detection and assertive community treatment of young psychotics: The OPUS study: Rationale and design of the trial. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(7), 283-287. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s001270050240>
- Kopelowicz, Alex, & Liberman, Robert Paul. (2003). Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses. *Psychiatric Services*, 54(11), 1491-1498.
- Krogh, Thomas. (2014). *Hermeneutikk : om å forstå og fortolke* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lucksted, Alicia, McFarlane, William, Downing, Donna, Dixon, Lisa, & Adams, Curtis. (2012). Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *The Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 101.
- Lyse, Hanne-Grethe, Haahr, Ulrik Helt, Fjell, Anne, Dichman, Bente, Flensburg, Estrid, & Simonsen, Erik. (2007). Psykoedukation og familiegrupper for pasienter med nydebuterede psykoser. [Psykoedukation og familiegrupper for pasienter med nydebuterede psykoser]. *Ugeskrift for Laeger*, 169(43), 3668-3672.
- Malterud, Kirsti. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Marthinsen, Edgar, & Tjelflaat, Torill. (2005). En introduksjon til diskusjonen om evidensbasert forskning og praksis. *Forebygging.no*. Lastet ned fra <http://www.forebygging.no/Kronikker/2007-2005/En-introduksjon-til-diskusjonen-om-evidensbasert-forskning-og-praksis/>
- McFarlane, William R. (1997). FACT: Integrating Family Psychoeducation and Assertive Community Treatment. *Administration and Policy in Mental Health*, 25(2), 191-198. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1022291022270>
- McFarlane, William R. (2000). Psychoeducational multi-family groups: Adaptations and outcomes. I *Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness* (s. 68-95). London, England: Gaskell/Royal College of Psychiatrists; England.
- McFarlane, William R. (2002). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. New York: Guilford Press.
- McFarlane, William R., Dushay, Robert, Lukens, Ellen, Stastny, Peter, Deakins, Susan, & Link, Bruce. (1999). Work outcomes in family-aided assertive community treatment: Vocational rehabilitation for persons with psychotic disorders. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 8(3), 174-182. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1121189X00008046>
- McFarlane, William R., Levin, Bruce, Travis, Lori, Lucas, F Lee, Lynch, Sarah, Verdi, Mary, . . . Spring, Elizabeth. (2015). Clinical and functional outcomes after 2 years in the early detection and intervention for the prevention of psychosis multisite effectiveness trial. *Schizophrenia Bulletin*, 41(1), 30-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbu108>
- McFarlane, William R., Lynch, Sarah, & Melton, R. (2012). Family psychoeducation in clinical high risk and first-episode psychosis. *Adolescent Psychiatry*, 2(2), 182-194.
- Medical Ethics Maunul*. (2015). (3. utg.). France: World Medical Association.
- Melau, Marianne, Jeppesen, Pia, Thorup, Anne, Bertelsen, Mette, Petersen, Lone, Gluud, Christian, . . . Nordentoft, Merete. (2011). The effect of five years versus two years of specialised assertive intervention for first episode psychosis - OPUS II: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 12(72). doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1745-6215-12-72>

- Morrissey, Joseph P., Meyer, Piper, & Cuddeback, Gary. (2007). Extending assertive community treatment to criminal justice settings: Origins, current evidence, and future directions. *Community Mental Health Journal, Volume 43(5)*, 527-544.
- Mueser, Kim T., Deavers, Frances, Penn, David L., & Cassisi, Jeffrey E. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology(9)*, 465-497. doi: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620>
- Nilsen, Liv. (2015). *Participants and health professionals experiences with family work in first episode psychosis. A qualitative study.* (PhD), University of Oslo.
- Nilsen, Liv, Kjønnøy, Karin, & Smeby, Nina Aarhus. (2009). Psykoedukative flerfamiliegrupper for personer med ulik psykoseproblematikk. [Psykoedukative flerfamiliegrupper for personer med ulik psykoseproblematikk]. *Vård i Norden, 29(2)*, 4-8.
- Norcross, John C., Wampold, Bruce E., & Hilsenroth, Mark J. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy, 48(1)*, 98-102. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0022161>
- Nordentoft, Merete, Rasmussen, Melau, M, Hjorthoj, C. R., & Thorup, Anne. (2014). How successful are first episode programs? A review of the evidence for specialized assertive early intervention. *Current Opinion in Psychiatry, 27(3)*, 167-172. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0000000000000052>
- Norheim, Irene, & Mjøsund, Nina Helen. (2010). Familien som ressurs i bedringsprosessen. Psykoedukative flerfamiliegrupper for unge med psykose. [Familien som ressurs i bedringsprosessen. Psykoedukative flerfamiliegrupper for unge med psykose]. *Ergoterapeuten (Oslo), 53(6)*, 22-27.
- Norheim, Irene, Nilsen, Liv, & Biong, Stian. (2015). Psykoedukative flerfamiliegrupper anbefales i nye nasjonale retningslinjer for behandling av psykoselidelser: Hvilke erfaringer har deltakerne? [Psykoedukative flerfamiliegrupper anbefales i nye nasjonale retningslinjer for behandling av psykoselidelser: Hvilke erfaringer har deltakerne?]. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 52(3)*, 198-206.
- Personvernombudet, for forskning. (2016). Meldeplikt. Lastet ned fra http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/vanlige_sporsmal.html?id=10
- Pitkanen, Anneli, & Puolakka, Kalle. (2013). Effectiveness of psychological and psychosocial interventions on quality of life of patients with schizophrenia and related disorders: A systematic review protocol. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 11(6)*, 157-168. doi: <http://dx.doi.org/10.11124/jbisrir-2013-988>
- Schjødt, Borrik, & Egeland, Thor Aage. (1989). *Fra systemteori til familierapi.* Oslo: TANO.
- Seeman, Mary. (2009). Schizophrenia: 1979-2009. *Clinical schizophrenia and related psychoses, 3(3)*, 161-167. doi: <http://dx.doi.org/10.3371/CSRP.3.3.5>
- Seikkula, Jaakko, & Stenersen, Ellen Holm. (2012). *Åpne samtaler* (2. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Sytema, Sjoerd, Jörg, Frederike, Nieboer, Roeline, & Wunderink, Lex. (2014). Adding evidence-based interventions to assertive community treatment: a feasibility study. *Psychiatric services, 65(5)*, 689-692.
- Sør-Øst, TIPS. (2013). *Kunnskapsbasert familisamarbeid ved psykose - Arbeidsbok for enkeltfamilesamtale.* Oslo: Oslo Universitetssykehus.
- Sør-Øst, TIPS. (2016). Psykoedukativt familisamarbeid ved første episoder psykoser. Lastet ned fra <http://www.tips-kompetansesenter.no/default.aspx?pageId=63>
- Thagaard, Tove. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforl.

- Thomassen, Magdalene. (2007). *Vitenskap, kunnskap og praksis*: Gyldendal akademisk forlag.
- Tufte, Turid. (2011). *Fra teori til handling: om skjønn i en evidensbasert praksis*. T. Tufte, Oslo.
- Watzlawick, Paul, Weakland, John H., & Fisch, Richard. (1974). *Change : principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.
- Wertz, Frederick J. (2010). Giorgi, A. (2009). The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach. *Journal of Phenomenological Psychology*, 41(2), 269-276. doi: <http://dx.doi.org/10.1163/156916210X526079>
- Yeager, Kenneth R., Cutler, David L., Svendsen, Dale, & Sills, Grayce M. (2013). *Modern community mental health: An interdisciplinary approach*. New York, NY: Oxford University Press; US.
- Ødegård, Atle, & Bjørkly, Stål. (2012). The family as partner in child mental health care: problem perceptions and challenges to collaboration. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2012(21:2), 98-104.
- Aakerholt, Amund. (2010). *ACT-håndbok 1. utgave*. Brumunddal: Helsedirektoratet, KoRus Øst.
- Aakerholt, Amund. (2014). *ACT-håndbok, Inkludert en beskrivelse av FACT-modellen (2. utg.)*: Oslo: Helsedirektoratet.

Vedlegg 1 – Meldeplikttest NSD

Meldeplikttest - Personvernombudet - NSD

07.02.2017, 21:48

Skal det registreres personopplysninger?

Er du usikker på om prosjektet ditt er meldepliktig? Prøv gjerne vår uformelle meldeplikttest. Merk at testen er ment som en veiledning og er ikke en formell vurdering.

Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?

Ja Nei

En person vil være direkte identifiserbar via navn, personnummer, eller andre personentydige kjennetegn.

Les mer om hva personopplysninger er her

NB! Selv om opplysningene skal anonymiseres i oppgave/rapport, må det krysses av dersom det skal innhentes/registreres personidentifiserende opplysninger i forbindelse med prosjektet.

Skal direkte personidentifiserende opplysninger kobles til datamaterialet (via kode som viser til koblingsnøkkel)?

Ja Nei

Merk at meldeplikten utløses selv om du ikke får tilgang til koblingsnøkkel, slik fremgangsmåten ofte er når man benytter en databehandler.

Samles det inn bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner (indirekte personidentifiserende opplysninger)?

Ja Nei

En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å gjenkjenne vedkommende via en kombinasjon av bakgrunnsopplysninger (for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, etc). For at stemme skal regnes som personidentifiserende, må denne bli registrert i kombinasjon med andre opplysninger, slik at personer kan gjenkjennes.

Skal det registreres personopplysninger (direkte/indirekte/via IP-/epost adresse, etc) ved hjelp av nettbaserte spørreskjema?

Ja Nei

For at undersøkelsen skal være anonym kan det ikke lagres IP-adresse, nettleserinformasjon, informasjonskapsler eller annet som kan benyttes for å gjenkjenne respondenten.

Merk at meldeplikten utløses selv om du som student/forsker ikke får tilgang til kobling mot IP- eller e-postadresse, slik fremgangsmåten ofte er når man benytter en databehandler.

Les mer om nettbaserte spørreskjema her.

Blir det registrert personopplysninger på digitale bilde- eller videoopptak?

Ja Nei

<http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/meldeplikttest>

Side 1 av 2

V

Bilde/videoopptak av ansikter vil regnes som personidentifiserende.

[Vis resultat](#)

Copyright © NSD - Norsk senter for forskningsdata • Om personvern • 

RESULTAT: IKKE MELDEPLIKTIG

Du har oppgitt at hverken direkte eller indirekte personopplysninger skal registreres i prosjektet.

Når det ikke registreres personopplysninger, omfattes ikke prosjektet av meldeplikt, og du trenger ikke sende inn meldeskjema til oss.

Vi gjør oppmerksom på at dette er en veiledning basert på hvilke svar du selv har gitt i meldeplikttesten og ikke en formell vurdering. Vil du ha en formell vurdering av ditt prosjekt, må du sende inn meldeskjema med vedlegg.

Last ned resultat som PDF

Vedlegg 2 – Eksempel på transkripsjon

Bjarne (3.35)	Kan dere starte med å beskrive teamets familiearbeid generelt?
8	Jeg kan sikkert begynne. Jeg har ikke denne utdanningen i psykoedukativt familiesamarbeid, det har dere andre. Jeg har vært i teamet siden starten, så det er min bakgrunn for å si noe høyt her. Jeg tenker at vi tilnærmer oss pårørende og familiene så godt det lar seg gjøre, på en måte. Vi ønsker at pårørende skal ha en stemme inn i behandlingen og så ønsker vi at de skal få til et samspill i familien som er til nytte for den som er syk. Så er det i veldig varierende grad hvordan vi lykkes i de enkelte pasientenes kontekst med det, da. For det er jo en del motstand mot å involvere pårørende i behandlingen. Det er noen som ikke ønsker at vi skal snakke med pårørende, så er det noen som ønsker at vi skal snakke med dem uten at de er tilstede, så er det noen som bare vil snakke når de selv er tilstede. Så vi har alle variantene og prøver å gjøre individuelle tilpasninger til hva de opplever er til det beste for dem og hva vi tror er det beste for dem. I det senere har vi brukt metoden mer og mer, synes jeg, og lykkes godt med det. Grunntanken vår er at vi ønsker å trekke med de pårørende der det er pårørende, og det er det nesten i alle saker. Så langt det lar seg gjøre ønsker vi å trekke med de pårørende, fordi vi tror det er nyttig for alle.
Bjarne (5.40)	- sier noe om formen på fokusgruppeintervjuer -
Bjarne	Det var en fin innledning. Hvordan bruker dere det psykoedukative spesielt?
10	Vi har jo – vi har en gruppe, jeg og (4). Så er det vel noen flere grupper.
11	Det jo litt tid før vi fikk implementert det i teamet, for vi måtte jo gå noen runder på det, om det passet inn i ACT-modellen, eller ikke. Vi holdt vel på med det temaet 1 år eller 2, kanskje.
9	Så ble det gjort på en ganske fin måte, kanskje, at det ble hun som jobbet med TIPS i vårt område, kom til hele teamet, det var det du, (3), som inviterte til. Så ble det forløsende for oss at instruktøren fra TIPS sa at vi kunne tilpasse modellen etter kapasitet og hvordan vi jobbet. Etter det kom vi mer i gang.
11	Det var en periode vi trodde det ikke lot seg gjøre, at det ville bli for ressurskrevende for ACT-jobbingen, men det er noe med at det er pålagt utenifra, at mange skal ha det tilbudet. Så var spørsmålet, hvem skal gi dette tilbudet? Hører det under ACT-modellen?. Så landet vi på at det burde og kunne vi få til i en viss grad, i hvert fall. Så gikk vi noen runder på hvordan vi skulle finne de aktuelle familiene, pasientene eller klientene. Hvem skulle vi satse på? Vi måtte jo gjøre en slags utvelgelse, i og med at vi har mange pasienter.
Bjarne (7.45)	Dette teamet har drevet i sikker 10 år, når var det dere startet opp med det strukturerte psykoedukative arbeidet?
11	Det var med den familiegruppen vi har nå, for omtrent halvannet år siden.
10	Det startet med at vi hadde ganske store diskusjoner, fordi jeg hadde familieskolen fra tidligere jobb i et annet team, og hadde med meg en gruppe som fulgte meg inn og som jeg hadde mens jeg jobbet her. Så sitter jeg på TIPS-samlinger og får tilbakemeldinger fra andre i

	<p>helseforetaket som spør om hvorfor tilbyr ikke ACT familiegrupper? Så begynte jeg å lure litt på det, jeg også. Hvorfor tilbyr vi ikke det? Vi er jo midt i målgruppen. Så hadde (4) skolen fra tidligere, og (2) og en annen hadde tatt skolen, men ikke benyttet metoden. Da begynte diskusjonen. Da var det slik at jeg hadde ganske stort påtrykk en periode, at dette her må vi gjøre, så ser jeg etter hvert at, OK; hvorfor er ikke dette gjort tidligere. Disse pasientene er i ACT av en grunn, at det skulle vært testet først, er det vi eller kommunen som skal gi tilbudet, kommunen har jo også familieskolen etter hvert. Så hadde vi noen runder på det og landet på at vi skal prøve.</p>
Bjarne (9.16)	Hva handlet diskusjonen om, om ACT skulle prøve eller ikke?
10	Rett og slett i forhold til kapasiteten, tror jeg. Om ville ha tid eller ikke.
8	<p>Også litt for å se på inntakskriteriene. De pasientene som kommer til oss er de som har prøvd alt annet før, så hvis de klarer å møte til familiesamarbeid, er det da en ACT-pasient? Skulle de da hatt tilbud om familiegrupper forankret et annet sted enn ACT? Vi oppfatter oss selv som siste instansen. Når alt annet er prøvd skal ACT på banen. Vi diskuterte om ressursbruken skulle ligge et annet sted i helsevesenet enn hos ACT, samtidig som når vi fikk undervisningen, så er det jo noe med å ta det i bruk. Samtidig kjente jeg på tidsbruken, vi har mange pasienter i teamet, hvem skal vi velge, vi kan ikke bruke dette på alle. Nå som vi har hatt undervisning ser vi at vi kan bruke elementer av dette, da blir det litt lettere, vi må ikke tenke hele gruppeforløpet. Selv om man har prøvd gruppe og avsluttet, så kan man prøve på nytt senere. Dette er jo pasienter som har vært i helsevesenet i mange, mange år, som vi nå kjører gruppe med og at det er nyttig da, også. Men så blir det en litt annen vinkling enn at alle skal. Vi vurderer hvem som kan ha mest nytte av det akkurat nå.</p>
11	<p>Og så er det jo slik at pårønderarbeidet i noen tilfeller er intenst, fordi pasientene er syke og de pårørende har veldig mye belastninger og trykk. I perioder og med enkelte har vi mindre kontakt med pårørende og hvis vi da kunne strukturere det etter en metode som man tenker er viktig og nyttig å bruke, og som funker, så var vel det et argument for å prøve det ut.</p>
10	<p>Og når vi sier at nå vi har gruppe, så har vi jo egentlig ikke det, vi driver fortsatt med alliansesamtaler og det har vi gjort i lang tid, for det er jo så stort trykk i den familien. Vi driver fortsatt med krisesamtaler. Vi håper etter hvert å få med pasienten og begynne med litt problemløsning. Enn så lenge ser vi at det kommer mye ting som må containes og gås igjennom.</p>
11	<p>Spørsmålet om ACT skulle drive med grupper henger også sammen med at vi syntes vi hadde en metode som var nyttig, så kanskje noen andre skulle drive med den nye metoden.</p>
8	<p>Vi drøftet også om vi skulle knytte gruppene til en i kommunen og en i teamet for å dele på ressursbruken. Vi brukte litt tid på å finne ut at vi skulle gjøre det selv. Det er en ulempe å bli avhengig av noen andre. Teamet kan flytte på ting, men det er ikke like lett hvis man har en</p>

	samarbeidspartner på utsiden. Vi brukte litt tid på å finne ut om vi skulle drive det selv eller om vi skulle dele på det med kommunale tjenester.
Bjarne	De av deres pasienter som har tilbud om grupper, de får det av dere?
11	De pasientene vi tenker skal ha tilbudet, får det av oss.
8	Vi har også snakket om at noen av de nye pasientene kan forankres i kommunen i sin helhet, for å få familietilbud, etter hvert som mange har fått opplæring i kommunen. Da blir hele arbeidet liggende i kommunen, i stedet for her.
Bjarne (13.18)	Hvilke andre grunner kan dere tenke dere i forhold til om tilbudet skal gis av dere eller noen andre?
11	Vi kjenner jo pasientene godt etter hvert. Så kommer jo trykket fra pårørende til oss, uansett. Da er det fint at vi kan gi dette tilbudet.
10	At vi får en allianse med familien.
11	Det er jo nyttig på mange måter med den familien vi holder på med.
Bjarne	Hvilke pasienter er det som får tilbudet?
10	Vi har ingen klare retningslinjer. Der hvor pårørende har hatt mest behov for det.
11	Og pasienten har hatt behov for det.
10	Og pasienten, fordi det er høyt trykk også til pasienten. De scorer høyt på "Family Questionare."
11	Uten at vi har fått tatt den.
10	Uten at vi har fått tatt den, så vet vi det.
9	Det med pasienten i kommunen eller her, jeg tenker jo at begge deler kan være bra. Det vil øke antallet pasienter som får tilbudet.
Bjarne	Hvor mange pasienter er det som får tilbudet i dag?
9	Det er ikke mange. Men det jeg oppfattet av vi landet på, etter det siste kurset, var at vi kan tilpasse modellen fritt til våre behov. Plukke ut elementer etter behov. Vi har kontakt med pårørende med jevne og ujevne behov. Jeg tenker på det som en del av familiearbeidet, og at noen har korte løp og noen har lange løp. Det blir ikke de fleste.
10	Så er det avhengig av hvor mange av oss som har familieskolen. Oss 3 som sitter her, 2 andre, hvorav den ene skal slutte og den andre går på videreutdanning. For min del er det mer enn nok med en gruppe av gangen. Jeg har akkurat fått godkjenningen og har bare hatt en gruppe tidligere. Vi må ha kapasitet, vi må ha folk til å drive gruppene.
11	Vi har nå en gruppe, så har vi halvveis begynt på en annen. Vi har snakket om at vi kunne starte 2 grupper i halvåret. Det var et mål vi mente var realistisk. Vi har brukt utrolig lang tid på den ene gruppen vi har startet. Vi snakket om at den kanskje kunne gå fra et halvt år til et år. Nå har vi allerede brukt et år på alliansesamtaler.
9	Det er kanskje ujevne mellomrom
11	Det er veldig ujevne mellomrom. Vi har tilstrebet en gang i måneden. Vi kunne vel tenke oss å ha hatt det litt hyppigere, men har måttet tilpasse det til pasienten, så da ble det sånn at vi måtte tilpasse det underveis.
Bjarne (16.57)	I dag driver dere enkeltfamiliegrupper. Hva tenker dere om flerfamiliegrupper?