

Basal Eksponeringsterapi (BET)

MANUAL FOR FEEDBACKBASERT KOLLEGAVEILEDNING

Didrik Heggdal

Psykologspesialist og prosjektleder

Vestre Viken 2014

Kontaktinformasjon

Didrik Heggdal, psykologspesialist og prosjektleder

Tlf.: +47 986 83 759

E-post: didrik.heggdal@vestreviken.no

Postadresse

Seksjon for Psykoser og Sammensatte lidelser (SPS)

Klinikk for Psykisk Helse og Rus, Avd. Blakstad

Vestre Viken, 3400 Drammen

Tlf. SPS: 66 75 14 30

Denne publikasjonen er omfattet av
åndsverklovens bestemmelser. Enhver
eksempelfremstilling eller tilgjengeliggjøring
er bare tillatt i den utstrekning det
er hjemlet i lov, eller etter avtale
med rettighetshaver.

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	5
1.1. OM VEILEDNINGSMANUALEN	5
1.2. HVORFOR EN EGEN MANUAL OM VEILEDNING?	6
1.3. VEILEDNING SOM ADHERENCE-PROSEDYRE	7
1.4. AUTONOMI SOM OVERORDNET MÅLSETTING I VEILEDNING	8
2. ET VEILEDNINGSMFORMAT FORANKRET I KYBERNETIKK	9
2.1. VI SKAL UTVIKLE FUNKSJONELL SELVREGULERING HOS TERAPEUTENE.....	9
2.2. BETYDNINGEN AV FEEDBACK	11
2.3. PERSPEKTIVTAKNING OG PSYKOLOGISK FLEKSIBILITET	11
2.4. FORMELLE KRAV OG EVIDENSGRUNNLAG	12
2.4.1. Faglige retningslinjer og helsepolitiske føringer.....	12
2.4.2. Behandleransvar og ansvar som påligger helsepersonell	13
2.4.3. Utvikling og vedlikehold av høyspesialisert kompetanse	14
3. VEILEDNINGENS INNHOLD I BET OG KYR	14
3.1. INTERNALISERING OG KALIBRERING AV TERAPEUTISK GRUNNHOLDNING	14
3.2. BESKRIVELSE AV DEN TERAPEUTISKE GRUNNHOLDNINGEN I BET OG KYR	15
3.3. UTFORDRINGER I INTERNALISERING AV GRUNNHOLDNINGEN.....	16
3.4. TERAPEUTISKE VERKTØY SOM SKAL INNLÆRES.....	18
3.4.1. Ferdighetstrening – basiskompetanse.....	19
3.4.2. Ferdighetstrening – spesialisert kompetanse	27
4. REGLER FOR Å GI OG TA IMOT TILBAKEMELDING	32
4.1. TILBAKEMELDING ER EN GAVE.....	32
4.2. VERDIER OG TILBAKEMELDING	33
4.2.1. Respekt	33
4.2.2. Verdighet.....	33
4.2.3. Anstendighet	33
4.2.4. Lojalitet.....	34
4.5. HANDLINGSREGLER	34
4.5.1. Regler for å gi tilbakemelding	35
4.5.2. Regler for å motta tilbakemelding	35
5. LEDELSE AV FEEDBACKBASERT KOLLEGAVEILEDNING	36
5.1. LEDEREN FORVALTER EN VEILEDNINGSSTRUKTUR.....	36
5.2. KOLLEKTIV FORVALTNING AV VEILEDNINGSSTRUKTUREN	36
6. BESKRIVELSE FEEDBACKBASERT KOLLEGAVEILEDNING	37
6.1. ORGANISERING OG OPPSTART	37
6.2. ROLLESPILL	39
6.3. RUNDEN MED TILBAKEMELDING.....	40
6.3.1. Tilbakemelding på det som foregår her og nå i rommet.....	40
6.3.2. Handling, respons og funksjon	40
6.3.3. Å gi tilbakemelding.....	41
6.3.4. Å motta og utforske tilbakemeldinger.....	42

6.3.5. Positiv og negativ tilbakemelding	43
7. IMPLEMENTERING AV FEEDBACKBASERT KOLLEGAVEILEDNING	44
7.1. VEILEDNING SOM FAST RUTINE	44
7.2. HVEM SKAL DELTA I VEILEDNINGEN?	45
7.3. UTFORDRINGER SOM TYPISK DUKKER OPP UNDER VEILEDNING.....	46
7.4. IMPLEMENTERINGSKVALITET	48
8. OPPSUMMERING OG AVSLUTNING.....	48
REFERANSER.....	50

1. Innledning

1.1. Om veiledningsmanualen

Denne manualen gir en beskrivelse av veiledningsformatet *feedbackbasert kollegaveiledning*, en form for veiledning utviklet innenfor rammen av Basal Eksponeringsterapi (BET) (Heggdal, 2009, 2010, 2011, 2012; Heggdal, Lillelien, Johnsrud og Paulsen 2013). I BET brukes dette veiledningsformatet for å fremme internalisering av den terapeutiske grunnholdningen, og som systematisk trening i og vedlikehold av terapeutiske ferdigheter som må kunne praktiseres av helsepersonell som skal forvalte BET og KYR. Feedbackbasert kollegaveiledning er imidlertid en generelt anvendelig metode for utvikling av kompetanse og ferdigheter. I utviklingen av denne veiledningsmetodikken har vi vektlagt evidensgrunnlaget som finnes innen implementeringsforskning og pedagogikk (Deci og Ryan, 2000a; Wilson, Ostrom og Cox, 2013; Fixsen, Naoom, Blasé, Friedman og Wallace, 2005; Sørlie, Ogden, Solholm og Olseth, 2010). Vi gjør oppmerksomme på at i BET kalles alt involvert helsepersonell for "terapeuter", og "medarbeider" og "terapeut" blir i manualen brukt om hverandre som synonyme betegnelser. Parallelt med betegnelsen "pasient" brukes pronomenet "hun" da det så langt først og fremst kvinner som har vært behandlet i BET-programmet (ref).

Feedbackbasert kollega veiledning er et veiledningsformat utviklet innenfor rammen av BET

Veiledningsmanualen beskriver utførlig grunnholdningen i BET og KYR og presenterer en rekke sentrale BET-intervensjoner. Når grunnholdningen gis så mye plass så skyldes det to forhold. For det første er forståelse av og internalisering av grunnholdningen som et *terapeutisk ståsted* avgjørende for *hvordan* intervensjoner brukes. Grunnholdningen bringer de konkrete terapeutiske handlingene i takt med *intensjonen* bak handlingene, som alltid, i et prosessperspektiv, er fremming av evne til funksjonell selvregulering. For det andre vil prinsippene, verdiene og innstillingen som ligger i denne grunnholdningen ha stor betydning for hvordan medarbeidere engasjerer seg i og deltar i veiledningen. Når medarbeiderne begynner å få en føling med hva grunnholdningen i BET handler om vil veiledningsformatet bli mer forståelig, og medarbeiderne vil delta og engasjere seg på en naturlig og uanstrengt måte. Videre i manualen beskrives hvordan veiledningen organiseres, ledes og gjennomføres. Vi presenterer også typiske utfordringer som dukker opp ved implementering av en slik veiledningsform. Manualen er praktisk rettet, og rasjonale for de ulike intervensjonene må man lese om andre steder (se for eksempel Heggdal, 2009, 2010, 2012; Stormbo, Hammer, Borgejordet og Heggdal, 2014; Heggdal, Hammer, Alsos,

I manualen beskrives den terapeutiske grunnholdningen i BET og sentrale terapeutiske intervensjoner

Grunnholdningen har også betydning for hvordan man forstår og engasjerer seg i veiledningsarbeidet

Solfjell og Fosse, in press).

1.2. Hvorfor en egen manual om veiledning?

Det meste av det vi mennesker gjør er automatiserte handlinger. Vi gjør det vi gjør, uten å tenke så mye over hva vi gjør, hvordan vi gjør det vi gjør eller konsekvensen av det vi gjør. Hvis vi hele tiden skulle tenke over hver minste handling i hverdagen ville livet blitt veldig vanskelig. Når vi jobber som terapeuter har vi imidlertid bestemte intensjoner med våre handlinger. Vi forsøker å påvirke og endre menneskers tanker, følelser og adferd. Mennesker er komplekse organismer, og vi lever i omgivelser som kan være uoversiktlige og uforutsigbare. Hvordan kan vi avlese effekten og optimalisere effekten av våre terapeutiske handlinger i en slik virkelighet? Avlesning av sammenhengen mellom terapeutiske handlinger og pasientens respons vil også avhenge av hvordan vi årsaksattribuerer. Når vi reflekterer over konsekvensen som følger av våre handlinger så attribuerer vi kanskje konsekvensene til eksterne årsaker, dvs. at vi finner forklaringer som ikke handler om det vi selv har gjort. Vi gjør det vi gjør fordi det er det vi pleier å gjøre; vi attribuerer årsaker ut fra hvem vi er, hvordan vi har det her og nå og hva som er viktig for oss i våre liv. Noen er tilbøyelige til å ta æren når det går bra og fraskrive seg ansvar når det går dårlig. For andre går tilbøyeligheten motsatt vei. Feedbackbasert kollegaveiledning har som formål å "rydde" i dette landskapet ved å flytte fokuset helt ned på sekvenser av handlinger og responser, og gjennom en perspektivtagningsprosedyre hjelpe den enkelte medarbeider til å løfte blikket og se igjennom alle automatiserte attribusjoner.

En behandlingskultur som i liten grad fokuserer på handlinger og handlingers funksjon kan komme til å opprettholde og forsterke måter å møte pasienter og bruk av intervensjoner som ikke er i samsvar med de behandlingsmodellene vi hevder å bruke. I veiledning er formålet å sette fokus på hvordan vi arbeider for å bli mer bevisste på hva vi gjør, slik at vi også kan endre atferd der dette vurderes formålstjenelig og mer i tråd med teorien vi lener oss til. Feedbackbasert kollegaveiledning er en veiledningsform som kan være spesielt nyttig i døgnavdelinger og andre sammenhenger der det arbeides i multidisiplinære team. Veiledning i dette formatet er en prosedyre som både kan bidra til bevisstgjøring og ferdighetsutvikling og gi positive synergieffekter inn i arbeidsfellesskapet.

Helsepersonell skal kunne observere sine handlinger, effekten av handlingene og hvordan de selv forklarer effekten av handlingene

Vi skal kunne korrigere oss selv hvis effekten av en handling ikke er i tråd med handlingens intensjon

Feedbackbasert kollegaveiledning er en perspektivtagningsprosedyre som bidrar til bevisstgjøring av konkrete årsaks- og virkningssammenhenger

Hensikten med veiledning er å styrke sammenhengen mellom teori og praksis

1.3. Veiledning som adherence-prosedyre

I psykisk helsevern brukes det mye tid på å snakke om pasienter og hva pasientene sliter med. Formidling av informasjon og faglige diskusjoner kan bidra til å fremme forståelse. Et direkte fokus på terapeutisk holdning og konkret opplæring i og trening av terapeutiske ferdigheter er det vanligvis imidlertid lite av, også i veiledning. Ofte vet man ikke noe mer om hva man kan eller skal gjøre når veiledningen er over, selv om man kanskje har fått en bedre forståelse av hvordan pasienten fungerer.

Utvikling av terapeutiske ferdigheter forutsetter et fokus på hvordan holdning kommer til uttrykk i handling

I psykoterapeutisk behandling har vi mer eller mindre klare tanker om hva vi skal gjøre. Disse tankene er forankret i en eller flere psykoterapeutiske modeller. Utfordringen er å faktisk gjøre det vi mener vi skal gjøre. I veiledning har man mulighet til å etablere et samsvar mellom det man sier man gjør og det man faktisk gjør. Vi skal kunne si hva vi gjør, og gjøre det vi sier vi gjør. Dette kalles programadherence, på norsk *programetterlevelse* eller *programtilslutning*. I BET-programmet er feedbackbasert kollegaveiledning mer enn bare veiledning. Det er også en programadherence-prosedyre, dvs. en prosedyre som sikrer implementeringskvalitet. Veiledningsformatet inngår derfor som en sentral komponent i en implementeringsmodell utviklet av psykologene Heggdal, Svergja og Nordstrand Jacobsen og spesialsykepleier Lillelien (Heggdal og Svergja, 2014).

Effektiv psykoterapeutisk behandling forutsetter at vi faktisk gjør det vi sier vi skal gjøre

Feedbackbasert kollegaveiledning er i seg selv både et implementeringsverktøy og en programadherence prosedyre

Som vi skal se i manualen kommer man i feedbackbasert kollegaveiledning tett på praksis og holder fokuset på terapeutiske handlinger. Man etablerer en setting der det multidisiplinære teamet arbeider sammen i en flat struktur og skaper et klima for perspektivtaking og turtaking. Veiledningsformatet vil som implementeringsverktøy bidra til at medarbeiderne opplever arbeidet som meningsfullt og målrettet. Dette skaper også trivsel og engasjement i arbeidsdagen. Det er viktig å merke seg at feedbackbasert kollegaveiledning som programadherence-prosedyre forvaltes i en flat struktur og vektlegger fremming av autonomi for alle involverte. Veiledningen handler ikke om å teste kunnskaper og ferdigheter, men om å mobilisere medarbeidernes ressurser i en praksisnær læringskontekst.

Veiledningen blir praksisnær og inviterer til perspektivtaking og turtaking i en flat struktur

Feedbackbasert kollegaveiledning kan bidra til at vårt arbeid i psykisk helsevern oppleves mer målrettet og meningsfullt

1.4. Autonomi som overordnet målsetting i veiledning

Mye veiledning i psykisk helsevern foregår ved at den som veiledes forteller om hva han eller hun gjør, og så reflekterer den som veiledes sammen med veilederen over hvordan man kan forstå samhandlingen og funksjonen av de terapeutiske handlingene. Enkelte bruker video og lydbåndopptak for å komme tettere inn på den kliniske praksisen. Dess mer praksisnær veiledningen er, jo nyttigere vil veiledningen kunne være. Vi mennesker varierer i hvilken grad vi er selvobserverende. Ingen av oss har fullt og helt oversikt over hva vi gjør og funksjonen av våre handlinger. I veiledning har vi muligheten til å få andres perspektiver på det vi gjør, og til å bruke andres blikk til å utvide vår evne til å se oss selv og vårt arbeid utenifra. De fleste av oss ønsker å være flinke, og ikke minst å bli oppfattet som dyktige av andre. Positive tilbakemeldinger er derfor et viktig element i veiledning.

All veiledning handler om å utvikle terapeutens autonomi

Dess mer praksisnær veiledning jo større nytteverdi vil veiledningen ha

Noen er mer selvdrevne enn andre, og kanskje også mer enn andre opptatt av å på egenhånd reflektere over det de gjør. Likeså vil det være variasjoner i hvilken grad vi har behov for andres anerkjennelse. Mange er avhengige av, i hvert fall en gang i blant, å få bekreftet fra andre at det de gjør er bra. Men å høre det motsatte, at det vi gjør ikke er så bra, eller kanskje til og med helt feil, det liker de fleste dårlig. I feedbackbasert kollegaveiledning fokuseres *både* funksjonelle og ikke-funksjonelle terapeutiske handlinger. Veiledningen handler imidlertid aldri om å finne feil hos medarbeiderne eller å instruere dem om hva som er riktig. Det handler om å få fram *perspektiver på funksjonaliteten av handlinger*, i et anerkjennende og støttende fellesskap. Det handler om å mobilisere helsepersonells ressurser og fremme deres autonomi og forutsetninger for å arbeide selvstendig. Både positive og negative tilbakemeldinger rettes mot handlingens funksjon. En terapeut som har selvstendige terapeutiske oppgaver vil være i behov av en velutviklet evne til selvobservasjon, både for å gi seg selv anerkjennelse, og for å korrigere seg selv. Å kunne gi seg selv anerkjennelse vil ikke minst være viktig med tanke på motivasjon for å fortsette å engasjere seg i et arbeid der de positive resultatene som eventuelt innsatsen resulterer i først vil manifestere seg i en uoverskuelig framtid.

Tilbakemeldinger fra kollegaer bidrar til utvikling av vår evne til selvobservasjon

Feedbackbasert kollegaveiledning hjelper helsepersonell til å både kunne bekrefte og korrigere seg selv

Det overordnede formålet med veiledning er altså autonomi. Ved å bli observert av andre kan vi utvikle vår evne til å være selvobserverende og til å evaluere effekten og funksjonaliteten av våre handlinger. Mer konkret kan vi si at ved å bli bekreftet av andre kan vi utvikle vår evne til å bekrefte oss selv; ved å bli anerkjent av andre kan vi utvikle vår

En autonom terapeut vil kunne observere seg

evne til å anerkjenne oss selv, og ved å bli korrigert av andre kan vi utvikle vår evne til å korrigere oss selv. Dette er kjent stoff som går igjen i psykologisk litteratur. Det handler om tilfang av perspektiver, og muligheten til utvidelse av både forståelse og handlingsrepertoar. Hensikten er å øke fleksibilitet og utvikling av evnen til å manøvrere mer effektivt i kompliserte kliniske landskap. Feedbackbasert kollegaveiledning er en spesifikk prosedyre for å utvikle medarbeidernes evne til selvobservasjon, selvkorrigering og selvanerkjennelse. I BET, hvor vi bruker en kybernetisk terminologi, bruker vi begrepet *funksjonell selvregulering* som et synonym for autonomi. Kybernetikken er i BET først og fremst en pedagogisk sett funksjonell metafor som brukes i hverdagen og i opplæring av helsepersonell. Nytteverdien ved en slik begrepsramme er at det kybernetiske språket implisitt gir anledning til å snakke om handling og funksjon på ulike kontekstuelle nivåer, og således åpnes det for multiple perspektiver på hva som *kan være* terapeutisk funksjonelt. I det følgende skal vi bruke kybernetikken som en metafor for å beskrive hva som foregår i en terapeutisk prosess og hvordan vi gjennom det samme begrepsapparatet kan forstå arbeidsprosessen i feedbackbasert kollegaveiledning.

selv og korrigere sine handlinger underveis i arbeidet

I BET skal vi manøvrere i kompliserte kliniske landskap, ofte uten klare og objektive indikasjoner som forteller oss om vi er på riktig vei

Kybernetikken gir et begrepsapparat for å snakke om en handlings funksjon på ulike kontekstuelle nivåer

2. Et veiledningsformat forankret i kybernetikk

2.1. Vi skal utvikle funksjonell selvregulering hos terapeutene

Kybernetikk handler om selvregulering i systemer (Bateson, 1985; Heggdal, 2010). En pasient er et system, en pasient og hans eller hennes omgivelser er et system. Likeledes er en terapeut et system, og en terapeutisk relasjon et system. En terapeutisk relasjon er et system som kompenserer for manglende selvregulering i det ene subsystemet i relasjonen, dvs. pasienten. Den terapeutiske relasjonen er altså *regulerende for* pasienten. Men, målsettingen er ikke *regulering*, eller å *regulere* pasienten. For det er ikke terapi. *Regulering* kan være et nødvendig terapeutisk virkemiddel i en prosess, men målsettingen i terapi er *utvikling av pasientens evne til selvregulering*. Terapeutens oppgave er, som subsystem i den terapeutiske relasjonen, å overføre reguleringskompetanse, eller å utvikle og mobilisere ubrukte reguleringsressurser, i det andre subsystemet i relasjonen.

En selvregulerende terapeut representerer en kontekst for overføring av reguleringskompetanse til pasienten

Når pasienten som subsystem har utviklet og tatt i bruk sin evne til å regulere seg selv, så har hun gjort seg uavhengig av den terapeutiske relasjonen. For at terapeutens handlinger i den relasjonelle konteksten

skal kunne bidra til å mobilisere pasientens reguleringskompetanse må *terapeuten* være funksjonelt selvregulerende *som terapeut*. En terapeut som gjennomgående utøver regulerende aktivitet er *ikke* funksjonelt selvregulerende i den terapeutiske konteksten, og opp mot en terapeutisk målsetting. Funksjonell selvregulering i en terapeutisk kontekst handler for terapeuten om å bidra med handlinger som fremmer selvregulering i pasienten som subsystem. Det betyr at terapeuten skal overlate reguleringsansvar til pasienten og la den terapeutiske relasjonen romme dysregulering eller ubalanse som oppstår. Grensesnittet for hvor mye ubalanse relasjonen kan ta avhenger av terapeutens evne til å romme det som skjer, sett opp mot hvordan pasienten *i et prosessperspektiv* kan nyttiggjøre seg erfaringer som følger av å skulle forholde seg til egen ubalanse. En terapeuts funksjonelle selvregulering handler altså om evnen til å romme (dvs. ikke regulere), om avgrensning (dvs. aktivt overlate reguleringsansvar til pasienten) og om å avlese og justere sine handlinger ut fra pasientens (progressive og regresive) responser i prosessen.

I feedbackbasert kollegaveiledning hjelpes terapeuten til å være i og opprettholde funksjonell likevekt i ulike terapeutiske kontekster

Selvregulering handler for terapeuten om å romme, om å være avgrenset og å justere intervensjoner ut fra regresive og progressive responser

For å fremme terapeutens evne til funksjonell selvregulering etablerer vi en kontekst for kalibrering av terapeutens holdning og handlinger, i prosess, og opp mot terapeutiske målsettinger. Det er dette vi kaller feedbackbasert kollegaveiledning. Vi iscenesetter et rollespill, en som-om-situasjon, der terapeuten utøver terapeutiske handlinger som skal fremme funksjonell selvregulering hos pasienten. Kollegaer gir i veiledningen tilbakemeldinger på konkrete handlinger for å fremme terapeutens evne til funksjonell selvregulering *som terapeut*. Tilbakemelding på disse handlinger kalibrerer terapeuten som system, og systemets evne til selvregulering i en terapeutisk kontekst. Når terapeuten er tilbake som subsystem i en reell terapeutisk relasjon vil de terapeutiske handlingene han eller hun utøver i større grad kunne bidra til mobilisering av ressurser i det andre subsystemet i relasjonen, dvs. utvikling og overføring av reguleringskompetanse til pasienten.

Feedbackbasert kollegaveiledning kalibrerer terapeutens holdning og handlinger

Det overordnede målet er å utvikle evnen til å fortløpende kalibrere seg selv i møte med pasienter

Teoretisk sett er dette i prinsippet enkelt. Vi mennesker beveger oss imidlertid inn og ut av en rekke kontekster gjennom hverdagen, og vi inngår i en rekke, kanskje motstridende, kontekster uansett hvor vi står og går. Vi kan være ladet av følelser fra én kontekst mens vi handler i en annen; vi kan ha med oss agendaer fra andre kontekster inn i den konteksten vi forventes å handle i. Her må det ryddes. Vi må være ryddige for å kunne hjelpe hverandre til å kalibrere holdning og handlinger i tråd med en felles ambisjon om å fremme marginaliserte pasienters autonomi. Det er dette denne manualen handler om. Vi skal

Veiledningsformatet er en rendyrket kontekst for innlæring og trening av terapeutiske ferdigheter

etablere en ryddig og tydelig kontekst der vi mobiliserer hverandres ressurser som helsepersonell og spiller hverandre gode. Dette krever et veiledningsformat forankret i et sett av verdier, og et klima der vi sammen kan gjøre den jobben vi er satt til å gjøre. Vi kan imidlertid ikke vente på at klimaet skal endre seg og bli godt nok og trygt nok. Veiledningsformatet vil være et nyttig redskap som over tid bidrar til å utvikle det arbeidsklimaet som skal til og som i bunn og grunn alle ønsker.

Gjennom veiledningen utvikles et trygt og anerkjennende klima for utprøving og trening av kliniske intervensjoner

2.2. Betydningen av feedback

Som vi har beskrevet jobber vi i feedbackbasert kollegaveiledning gjennomgående med rollespill for å komme så tett på klinisk praksis som mulig. Forskning viser det å få tilbakemelding mens man praktiserer, og en umiddelbar anledning til å prøve ut det som sies i tilbakemeldingene, gir den største læringseffekten (Joyce og Showers, 2002). Feedback hjelper terapeuten i et kybernetisk perspektiv til å *kalibrere sin regulerende aktivitet* rundt et ønsket, funksjonelt likevektspunkt.

Største læringseffekt oppnås med klinikknær ferdighetstrening og feedback mens man praktiserer

- Positiv feedback: fortsett, mer av det samme
- Negativ feedback: stopp, mindre av dette

Feedback fremmer funksjonell likevekt

Manglende positiv feedback fører til at systemet stagnerer, blir mindre fleksibelt og funksjonelt, og mer sårbart for sammenbrudd. Alle trenger til en viss grad tilbakemelding utenifra for å opprettholde motivasjon og engasjement. Manglende negativ feedback fører til *positiv feedback loop* og over tid til sammenbrudd i systemet. Positiv feedback loop betyr at systemet, fordi det tilsynelatende ser funksjonelt ut, fortsetter å gjøre det samme som ikke fungerer. Gjennom å få feedback fra andre vil medarbeiderne utvikle sin evne til å gi seg selv feedback, dvs. monitorere effekten av sine terapeutiske handlinger opp mot felles verdier og målsettinger.

Både positiv og negativ feedback bidrar til funksjonell likevekt, og således kan vi være til hjelp for våre kollegaer

2.3. Perspektivtakning og psykologisk fleksibilitet

Veiledningen foregår i en flat struktur. Vi arbeider med perspektiver og med perspektivtakning. Den som gir tilbakemelding avgir tilbakemeldingen fra sitt perspektiv. Det han eller hun sier er verken riktig eller galt; det er et perspektiv på en terapeutisk handling og dennes handlingens funksjon sett fra den posisjonen han eller hun har eller inntar. Multiple perspektiver på det vi arbeider med og måten vi arbeider på gjør det mulig å identifisere funksjonelle og mindre

I kybernetikken er alt perspektiver; det finnes ingen sannheter og ingenting er rett eller galt

funksjonelle handlinger.

Å identifisere hva som er funksjonelt og hva som er mindre funksjonelt er imidlertid også perspektivtakning. At alt handler om perspektiver er en forståelse som vil vokse fram når vi over tid arbeider med feedbackbasert kollegaveiledning. En korrigerende tilbakemelding fra et perspektiv kan både oppleves av mottaker som informasjon som er umiddelbart nyttig og anvendelig, eller som interessant, men uten umiddelbar nytteverdi. Når vi får en positiv tilbakemelding på noe vi gjør så får vi en bekreftelse, fra et perspektiv, på at måten vi intervenserte på var funksjonell. Slik kan vi komme til å oppdage at noe vi ikke selv så nytteverdien av faktisk kan være funksjonelt og effektivt. Men det kan også være slik at selv om den positive tilbakemeldingen gjorde godt for selvfølelsen så kan den som mottok tilbakemeldingen, fra sitt perspektiv, komme fram til at handlingen likevel ikke var funksjonell.

Vi identifiserer fra ulike perspektiver hva som kan være funksjonelt og hva som kan være mindre funksjonelt

Det er mottakeren av tilbakemeldingen som til syvende og sist vurderer tilbakemeldingens praktiske nytteverdi

Den kollektive perspektivtakningen vil øke medarbeidernes psykologiske fleksibilitet og da også evne til å manøvrere i komplekse kliniske landskap. Ikke minst vil medarbeidere raskere kunne identifisere effekten av det de gjør i arbeidet med pasientene (progressive og regressive responser), og etter hvert også *gi seg selv* fortløpende tilbakemeldinger i møte med pasienter. Det betyr at terapeuten har utviklet sin evne til funksjonell selvregulering som terapeut, og da også sine forutsetninger for å jobbe autonomt med mindre behov for bistand fra sine kollegaer.

Ved å ta imot tilbakemeldinger fra andre trener man sin evne til å gi seg selv tilbakemelding

2.4. Formelle krav og evidensgrunnlag

2.4.1. Faglige retningslinjer og helsepolitiske føringer

Vi skal i vårt arbeid i psykisk helsevern følge behandlingsveiledere, herunder Retningslinjer for Forebygging av selvmord i Psykisk Helsevern (SH-dir, 2008). Retningslinjene sier at *personell som arbeider med kronisk suicidale pasienter skal ha ekstra oppfølging og veiledning*. Dette gjelder alt helsepersonell, ikke bare miljøterapeuter. Psykologer og psykiatere har i psykisk helsevern det formelle behandlingsansvaret. Miljøterapeutene har ifølge helsepersonelloven ansvar for sine handlinger. Dette kan være komplisert i hverdagen dersom behandlingsansvarlig psykolog eller psykiater gir instruksjoner om intervensjoner som miljøterapeuter mener er faglig eller etisk uriktige.

Personell som arbeider med kronisk suicidale pasienter skal ha ekstra oppfølging og veiledning

I Feedbackbasert Kollegaveiledning har man anledning til å prøve ut og utforske handlinger og handlingers funksjon i fellesskap, og til å komme fram til en felles forståelse og konsensus ift. hva som er mest hensiktsmessig å gjøre i en situasjon. Slik ivaretas helsepersonells opplevelse av autonomi, noe som er en viktig faktor når det gjelder trivsel, engasjement i arbeidet og ift. sykefravær (referanser). I BET-programmet implementeres også prosedyren "Systemrefleksjon", der man bruker reflekterende team for å få fram og undersøke ulike perspektiver på måten man arbeider på (Heggdal og Svergja, 2014). Feedbackbasert Kollegaveiledning er det praktiske nivået i dette arbeidet.

Helsepersonelloven sier at de som har behandlingsansvar skal føre tilsyn med sine medhjelpere

2.4.2. Behandleransvar og ansvar som påligger helsepersonell

Det er viktig å få med seg at det formelle behandleransvar skal og må ivaretas. Dette ivaretas best ved at psykologer og psykiatere er tett på den totale terapeutiske aktiviteten. Helsepersonell med behandleransvar er derfor selvskrevne deltakere i feedbackbasert kollegaveiledning. I følge lovverket skal de behandlingsansvarlige "føre tilsyn med sine medhjelpere" (Helsedirektoratet, 1999). I BET-programmet har de behandlingsansvarlige et særlig ansvar for å følge opp helsepersonell som har fått tildelt ko-terapeutoppgaver, dvs. miljøterapeuter som har selvstendige terapeutiske samtaler med pasientene. I selve veiledningssituasjonen er vi imidlertid ikke opptatt av denne hierarkiske organiseringen. Vi flater ut strukturen og usynliggjør hierarkiet ved å betrakte alt som likeverdige, gyldige perspektiver, uansett hvem som representerer eller presenterer perspektivet.

I feedbackbasert kollegaveiledning flater vi ut hierarkiet og jobber i en flat struktur

Samtidig har de behandlingsansvarlige ifølge lovverket plikt til å føre tilsyn med sine medhjelpere

2.4.3. Utvikling og vedlikehold av høyspesialisert kompetanse

Gjennom veiledningsstrukturen skal vi både styrke og vedlikeholde kompetanse. Personalgrupper som jobber med BET skal og må ha en høyspesialisert kompetanse og et system for å videreutvikle denne kompetansen. Ko-terapeutene har en sentral funksjon i BET-programmet, og vi skal alle jobbe evidensbasert, dvs. vi skal basere arbeidet på den beste og mest solide evidens som er tilgjengelig. Når det gjelder BET-pasientene så foreligger det ingen kontrollerte studier som gir oss opplysninger om hva som er effektivt. Vi må derfor lene oss til den generelle evidensen i behandlingsforskningen og på det som kalles "best practice"-erfaringer. Upubliserte pilotdata indikerer at BET kan være en effektivt behandlingsform for pasienter med alvorlige og sammensatte psykiske lidelser. Dette kan tilsa at BET inntil videre kan anses som et eksempel på "best practice". Men vi skal også basere opplæring og veiledning på evidens. Denne evidensen finner vi i implementeringsforskningen (Heggdal og Svergja, 2014; Joyce og Showers, 2002). Feedbackbasert veiledning legger seg så tett opp til denne forskningen som mulig, både for å optimalisere læringsutbytte for den enkelte, og for å sikre generell implementeringskvalitet.

BET er et høyspesialisert behandlingsprogram som legges så nær som mulig opp til foreliggende evidens

Gjennomføringen av opplæring og veiledning skal også være evidensbasert

3. Veiledningens innhold i BET og KYR

3.1. Internalisering og kalibrering av terapeutisk grunnholdning

Det viktigste terapeutiske redskapet er den terapeutiske grunnholdningen. Psykoterapi kan aldri reduseres til teknikker alene. Mennesker er ikke maskiner som skal repareres. Psykoterapeutisk behandling foregår i en mellommenneskelig kontekst, i rommet mellom mennesker. Funksjonell selvregulering hos terapeuter innebærer at de ved sin tilstedeværelse representerer en kontekst for overføring av reguleringsansvar til pasienten. Altså, alt terapeuten gjør i møtet med pasienten skal bidra til å fremme pasientens autonomi.

Psykoterapi handler først og fremst om terapeutisk holdning, dernest om tekniske ferdigheter

BET handler om å utvikle evne til funksjonell selvregulering, dvs. om fremming av autonomi og pasientens forutsetninger for å ta ansvar for eget liv. I BET avstår helsepersonell gjennomgående fra å regulere pasientens tanker, følelser og atferd. Pasienten møtes som et ansvarlig menneske som er i stand til å gjøre valg og handle i tråd med sine egne verdier. For mange helsearbeidere vil grunnholdningen i BET og KYR være kontra-intuitiv, dvs. det vil kjennes som om man skal gjøre det motsatte av det som det føles naturlig å gjøre. Mange vil føle

I BET avstår terapeuter fra å regulere pasientens tanker, følelser og atferd

motstand, reagere og protestere på at man skal møte lidende mennesker slik grunnholdningen i BET legger opp til. Å internalisere grunnholdningen i BET og KYR kan derfor være en omstendelig prosess som tar mange år. Noen vil aldri komme dit at de føler seg vel med å praktisere denne grunnholdningen. I det følgende beskrives grunnholdningen i BET og KYR, hva som er typiske reaksjoner og innsigelser, og hva som blir de sannsynlige utfordringene for en personalgruppe som skal jobbe med BET.

For mange helsearbeidere vil grunnholdningen i BET være kontra-intuitiv og stride mot det de har lært i sine utdanninger

3.2. Beskrivelse av den terapeutiske grunnholdningen i BET og KYR

Grunnholdningen i BET og KYR er en pragmatisk og reduksjonistisk innstilling formulert gjennom et sett av postulater. Formålet med å innta, internalisere og praktisere denne holdningen er å fremme en overgang fra første ordens til andre ordens mestring for pasienter der repeterende forsøk på første ordens forandring bidrar til å opprettholde problemet (Scott Fraser og Solovey, 2007). Første ordens forandring betyr at man løser problemet ved å fjerne det som oppleves som et problem (for eksempel smerte, frykt og ensomhet), mens andre ordens forandring handler om å *endre sitt forhold til* problemet. Når vi i BET snakker om andre ordens mestringsstrategier så refererer det til eksponering og aksept, altså; vi går inn i det i stedet for bort fra det, og vi omfavner det i stedet for å forsøke å kvitte oss med det.

I veiledning lærer terapeutene hvordan de kan tilrettelegge for en overgang fra første ordens til andre ordens mestringsstrategier i pasientarbeidet

Postulatene som utgjør fundamentet i grunnholdningen lyder som følger:

- Vi er alle alene i verden, adskilt fra andre og isolert i oss selv
- Livet er i bunn og grunn meningsløst og alle forsøk på å skape mening er derfor fånytted
- Tanker og følelser er ikke farlige og kan aldri bli farlige
- Den som baserer sitt liv og sin framtid på håp er et offer
- Livet er smertefullt, livet har alltid vært smertefullt og kommer alltid til å være smertefullt
- Ethvert individ skaper selv sitt liv gjennom sine valg og handlinger
- Veien til et liv som det går an å leve går gjennom oppgivelse av kampen mot smerten
- Vi skal ikke lindre, men hjelpe personen til å forholde seg til alt som er, slik det er, her og nå

Grunnholdningen i BET er en pragmatisk reduksjonistisk innstilling formulert gjennom et sett av postulater

Grunnholdningen er en posisjon vi inntar fordi det tjener en terapeutisk hensikt. Gjennom praktisering av grunnholdningen rommer den terapeutiske relasjonen alt det pasienten alene ikke klarer å romme. Hensikten er å "kalibrere pasientens termostat", dvs. kognitive innstilthet. Funksjonen av å møte pasienten med denne grunnholdningen er at "pasientens termostat" endres fra "unnavikelse" til "aksept". Den terapeutiske grunnholdningen er *ikke* et uttrykk for et livssyn eller en formidling av en faktisk holdning til livet. Den terapeutiske grunnholdningen er et *verktøy* for kalibrering av pasientens innstilling til smerte og til livet. Tradisjonell behandling bidrar til å sementere en innstilling til smerte og til livet som, for noen mennesker, fører til marginalisering og opprettholdelse av patologi. For å muliggjøre endring i innstilling foreskriver BET og KYR radikal aksept, en nødvendig motvekt til tradisjonell behandling. Dette er en *kalibreringsprosess* og ikke et mål i seg selv. Vi snakker *ut ifra og igjennom* den terapeutiske grunnholdningen; vi snakker *ikke om* den. Formålet er å fremme psykologisk fleksibilitet, dvs. at pasienten *i framtiden* kan bruke *både* første ordens og andre ordens mestringsstrategier. Alle innslag av første ordens holdning og tiltak *i selve kalibreringsprosessen* vil være til hinder for utvikling av psykologisk fleksibilitet.

Gjennom praktisering av grunnholdningen rommer den terapeutiske relasjonen alt det pasienten alene ikke klarer å romme

I feedbackbasert kollegaveiledning internaliserer og kalibrerer terapeuten grunnholdningen i BET

3.3. utfordringer i internalisering av grunnholdningen

I møtet med settet av postulater som representerer grunnholdningen i BET og KYR vil helsepersonell instinktivt og intuitivt reagere. Typiske protester som kommer er skrevet i **uthevet kursiv**:

- Vi er alle alene i verden, adskilt fra andre og isolert i oss selv: ***jammen, men mennesker trenger jo kontakt med hverandre ...***
- Livet er i bunn og grunn meningsløst og alle forsøk på å skape mening er derfor fånyttede: ***jammen, men mennesker trenger jo opplevelse av mening ...***
- Tanker og følelser er ikke farlige og kan aldri bli farlige: ***jammen, tanker og følelser kan føre til farlige handlinger ...***
- Den som baserer sitt liv og sin framtid på håp er et offer: ***jammen, mennesker trenger jo håp for å leve ...***
- Livet er smertefullt, livet har alltid vært smertefullt og kommer alltid til å være smertefullt: ***jammen, livet kan jo være bra også ...***
- Ethvert individ skaper selv sitt liv gjennom sine valg og handlinger: ***jammen, mennesker har jo ikke kontroll over alt som skjer i deres liv ...***

I veiledningen får terapeutene mulighet til å praktisere og prøve ut intervensjoner slik de er forankret i grunnholdningen i BET

Motforestillinger og reaksjoner møter konkrete erfaringer med intervensjonenes funksjonalitet

- Veien til et liv som det går an å leve går gjennom oppgivelse av kampen mot smerten: ***jammen, man kan jo ikke gi opp ...***
- Vi skal ikke lindre, men hjelpe personen til å forholde seg til alt som er, slik det er, her og nå: ***jammen, vi må jo lindre hvis det blir helt utholdelig ...***

Protestene er gjerne ikke uttalte, men de gjenspeiles i måten helsepersonell forholder seg til pasientene på, og også hvordan de forholder seg til kollegaer. Vi må gå runde på runde og snakke åpent om hvordan disse postulatene skaper indre konflikter og sammen romme og håndtere de etiske dilemmaene som oppstår. Protestene legger seg etter hvert som helsepersonell forstår at grunnholdningen er forankret i humanisme og humanistiske verdier, og at praktisering av grunnholdning tjener en hensikt (Sartre, 1956). Men de etiske dilemmaene vil følge oss, og det vil dukke opp mange utfordringer underveis når vi i den praktiske hverdagen føler at vi blir stående midt oppi umulige situasjoner. For enkelte vil det aldri oppleves riktig å arbeide ut fra grunnholdningen i BET. Det blir for utfordrende å stadig måtte gå runder med etikk og menneskesyn, og kanskje også skulle utføre handlinger som ikke kjennes riktige å gjøre. Hvis det er slik bør man nok heller konsentrere seg om og engasjere seg i andre former for behandling. BET er utfordrende for helsepersonell fordi empati og etikk både løftes opp på et kontekstuel nivå: hvilken funksjon har det vi gjør her og nå i et langsiktig perspektiv; og går inn i humanistiske og helsepolitiske kjerneverdier og omsetter disse i praksis (likeverdighet, retten til å velge, respekt osv).

I helsepersonells første møte med BET kan grunnholdningen oppfattes som kald, pessimistisk og fatalistisk

I BET omsettes etikk og helsepolitiske verdier til handling i kontekst

Selv om medarbeiderne gir uttrykk for å ha tatt til seg grunnholdningen vil det kunne dukke opp en rekke utfordringer i den praktiske hverdagen. Her er en noe av det vi ofte ser i hverdagen:

- Personale skiller ikke mellom hva som er en terapeutisk holdning og hvordan livet faktisk er
- Personalet fusjonerer med grunnholdningen og tror at det er det vi skal mene om livet
- Personalet mener at andre medarbeidere fusjonerer med grunnholdningen og at de andre påfører pasienten pessimisme og fatalisme
- Personalet blir opptatt av å formidle grunnholdningen verbalt til pasientene
- Personalet blir opptatt av å få pasienten til å forstå grunnholdningen.
- Personalet forsøker å få pasientene til å tro på grunnholdningen
- Personalet blir opptatt av å formidle til pasientene at vi egentlig

En holdning er en *holdning*; vi snakker ikke om den, men ut fra den og igjennom den

ikke mener det som ligger i grunnholdningen

- Personalet blir opptatt av selve målet (evne til å bruke både første og andre ordens mestringsstrategier) og legger prematurt opp til "både og" i det terapeutiske arbeidet

Når slike utfordringer dukker opp er inngående og hyppig veiledning avgjørende. I BET-programmet gjennomføres feedbackbasert kollegaveiledning tre ganger i uken. Personale som trener på og får tilbakemelding på praktiske ferdigheter (se neste kapittel) får også hjelp til å "komme på plass" i grunnholdningen, som *holdning*.

Vi skal ikke påføre pasientene vår holdning; holdningen er et verktøy for helsepersonell

3.4. Terapeutiske verktøy som skal innlæres

Parallelt med internalisering av grunnholdningen dreier veiledningen seg om kontinuerlig ferdighetstrening. Det vil være riktigst å si at internalisering av grunnholdningen foregår *gjennom* intensiv og systematisk ferdighetstrening. Når vi gir tilbakemelding på *måten en intervensjon administreres på* så identifiseres aspekter ved arbeidet som har med *terapeutisk holdning* å gjøre. Ferdighetstrening foregår altså på to plan. For det første så har vi ren teknikk, eller terapeutiske prosedyrer. For det andre så er det hvordan vi utøver teknikkene, eller måten vi bruker dem på. Teknikk praktiseres på et holdningsfundament, den terapeutiske grunnholdningen. *Det tekniske aspektet* ved en intervensjon kan gjøres på mange måter, alt etter hvem som intervensjoner og hvordan situasjonen utspiller seg. I det følgende beskrives kort de sentrale intervensjonene i BET, og hvordan disse kan trenes i veiledningen. Og som allerede beskrevet så innarbeider vi grunnholdningen gjennom å trene på, og å gi og få tilbakemeldinger på, hvordan vi forvalter intervensjonene. Tilbakemeldinger gis ut fra intensjonen med intervensjonen. Det overordnede formålet med alle intervensjoner i BET er å fremme innstilthet på andre ordens forandring og langsiktig funksjonell selvregulering, som følge av etablering og generalisering av andre ordens forandring som primær mestringsstrategi. De mer spesifikke, operasjonaliserte formålene med de enkelte strategiene er beskrevet nedenfor. Det er disse spesifikke formålene som brukes som utgangspunkt for tilbakemelding i feedbackbasert kollegaveiledning.

Det er to ting som fokuseres i veiledning: hva vi gjør, og måten vi gjør det på

Hva vi gjør handler om terapeutiske teknikker; hvordan vi gjør det handler om terapeutisk holdning

Den overordnede målsettingen er etablering av andre ordens tilnærming til emosjonelle problemer som primær mestringsstrategi

3.4.1. Ferdighetstrening – basiskompetanse

Dynamisk Modnings-modell (DMM). I BET brukes DMM for å informere relasjonsarbeidet i den forstand at intervensjoner tilpasses pasientens bruk av tilknytningsstrategier (Crittenden, 2008). Dette betyr at terapeuten og teamet på bakgrunn av observasjoner og erfaringer fra samhandlingssituasjoner med pasienten vurderer hva slags tilknytningsstrategier hun har en tendens til å bruke, hvordan tilknytningsstrategier evt. veksler mellom ulike situasjoner og relasjoner, og hvordan tilnærmingen kan tilpasses med tanke på relasjonsarbeid og etablering av arbeidsallianse. Formålet med DMM-tilpasning av intervensjoner er

- å fremme progressive responser både hos pasienter som bruker A-strategier og C-strategier, og pasienter som veksler mellom A og C-strategier

Pasienter som bruker A-strategier hemmer affekt og har mistet kontakten med sine følelser, og ofte også med psykofysiologiske emosjonelle opplevelser i kroppen. De har en tendens til å tilpasse seg og føye seg, og lar andres behov gå foran sine egne. Utagering forekommer episodisk, da som følge av "intrusion of forbidden affects" (Crittenden, 2008). Pasienter som bruker C-strategier har tilgang på følelser, men er reaktive, har problemer med affektregulering, og er preget av en forvrengt fortolkning av handlinger og intensjoner i sosial samhandling. De føler seg urettmessig behandlet, opplever at de aldri får det de er berettiget til og er tilbøyelige til å gå så langt de må for tilfredsstille sine umiddelbare behov. Se Crittenden (2008) og Heggdal (2010) for mer detaljerte og nyanserte beskrivelser.

Dette tilsier at den innledende målsettingen i relasjonsarbeidet varierer med pasientens bruk av tilknytningsstrategier. Tommelfingerregler:

- Formålet i arbeid med A-pasienter er å få pasienten inn i relasjon og i kontakt med sine følelser
- Formålet i arbeid med C-pasienter er å moderere atferdsforstyrrelser (utslukke atferd assosiert med appell, krav og trussel) og hjelpe pasienten til å vende blikket inn mot seg selv
- Formålet med pasienter som veksler mellom A og C er å situasjonsadevat og i et prosessperspektiv, justere intervensjoner til de tilknytningsstrategiene som brukes.

Terapeuten lærer å tilpasse intervensjoner til pasientens bruk av tilknytningsstrategier

I møte med A-strategier er den primære utfordringen å få pasienten inn i relasjon og i kontakt med sine følelser

I møte med C-strategier er handler det om moderering av eksterialisering og utslukking av atferdsforstyrrelser

Formålet med å bruke DMM for å informere BET-prosesser kan oppsummeres som følger: de terapeutiske intervensjonene skal fremme relasjonell samhandling der pasienten er en aktiv og ansvarlig aktør i sitt eget liv og sin egen prosess her og nå. Dette avleses i rollespill som en økt grad av mindfulness i relasjonen i form av et her-og-nå-fokus, og samling om felles oppgaver i normalisert turtaking.

DMM-informasjon forteller terapeuten hvordan ansvar for regulering kan overlates til pasienten

Avgrenset bekreftende kommunikasjon. Avgrenset bekreftende kommunikasjon er i BET en primærintervensjon som brukes i en rekke situasjoner av alle som er involverte i behandlingen.

Avgrenset bekreftende kommunikasjon er det viktigste terapeutiske verktøyet i BET

Formålet med avgrenset bekreftende kommunikasjon er

- At pasienten føler seg sett som menneske her og nå, med alle sine opplevelser, tanker og følelser slik de er, uten at terapeuten forsøker å fjerne eller regulere noe som helst
- Å strippe dialogen og situasjonen for alle potensielle forsterkere av regressiv atferd eller sekundærgevinster (Balint, 1968)
- Invitere til og fremme en holdning basert på andre ordens forandring hos pasienten (Bateson, 1985)
- Holde fokus på affekt og prosess, og unngå at man som terapeut går inn i "saken"

Intervensjonen er i seg selv den praktiske manifestasjonen av det som kalles andre ordens tilnærming

I rollespill med avgrenset bekreftende kommunikasjon ser man i hvilken grad terapeuten har internalisert grunnholdningen i BET og om han eller hun strever med å omsette prinsippene som definerer holdningen i konkrete handlinger. Tilbakemeldinger gis på emosjonell inntoning og avlesning av affektiv tilstand, funksjonaliteten i måten tilstanden bekreftes på, avgrensning, og hvordan terapeuten tar ansvar for eget perspektiv. Pasienten er i en affektiv tilstand (vi er alle, alltid, i en affektiv tilstand), og terapeutens utfordring er å identifisere hva som preger pasientens indre liv her og nå.

En basisferdighet i BET er bekrefte og anerkjenne det pasienten opplever, uten å gjøre noe, og uten å være noe mer enn en som ser

Noen ganger vil det være funksjonelt å rette bekreftelsen mot distinkte affekter, som for eksempel tristhet, sinne, forakt eller glede. Andre ganger vil det, for å fremme progressive responser (det vil her si at pasienten velger å være i relasjon og arbeidsallianse), være mer hensiktsmessig at terapeuten bruker mer generelle beskrivelser, som for eksempel "slitsomt", "tungt", "vondt" eller "sårt". Akkurat som distinkte affekter kan slike beskrivelser graderes ved at man begynner med forsterkende ord som "veldig", "fryktelig" eller "forferdelig". Avgrensning handler om "å sette punktum", både i konkret forstand og i overført betydning. Terapeuten skal ikke noe mer enn å se, og berette om hva som ses. Når man bekrefter opplevelsene til et annet menneske så "holder man seg hjemme hos seg selv", altså, man tar ansvar for sitt eget perspektiv. Det er ikke sikkert det du mener å se i pasienten er det pasienten faktisk opplever. Terapeuten snakker ut fra sitt perspektiv, og markerer perspektivtakningen i bekreftelsen.

Terapeuten tar ansvar for sitt perspektiv og tilpasser bekreftelser til situasjon, relasjon og prosess

Avgrenset bekreftende kommunikasjon er i prinsippet en enkel intervensjon. Vi ser imidlertid her at det skal mye til for å rendyrke denne ferdigheten slik at intervensjonen gjennomgående har den tiltenkte funksjonen. Det er derfor vi på det sterkeste anbefaler at avgrenset bekreftende kommunikasjon gjøres til gjenstand for runde på runde med trening på administrering av intervensjonen i en prototypisk form. Feedbackbasert kollegaveiledning er en ideell læringssituasjon hvor personalgruppen kan arbeide denne primærintervensjonen, og da også BET-holdningen, "inn i fingertuppene".

Avgrenset bekreftende kommunikasjon innlæres ved trening på å administrere intervensjonen i en prototypisk form

Inviterende bekreftende kommunikasjon. Dette er en form for validering spesielt utviklet for pasienter som i liten grad er i stand til å bruke det verbale språket for å beskrive sitt indre liv (alexithymia). Disse pasientene og deres fungering kjennetegnes ved utstrakt bruk av A-strategier (Crittenden, 2008).

inviterende bekreftende kommunikasjon gjør at vi ikke lenger forsøker å hale og dra ordene ut av tause pasienter

Formålet med inviterende bekreftende kommunikasjon er å

- Invitere pasienten inn i relasjon
- Bringe pasienten i kontakt med sine følelser, uten at det er noen forventninger om svar eller respons eller at det stilles noen krav
- Normalisere pasientens opplevelser, reaksjoner og bruk av mestringsstrategier
- Gi pasienten pusterom til å selv å kunne reflektere og se valgmuligheter

Denne terapeutiske tilnærmingen bringer A-pasienter inn i relasjon og etablere kontakt med sine følelser

I feedbackbasert kollegaveiledning gis terapeuten tilbakemelding på affektinntoning, ansvar for eget perspektiv, generalisering og normalisering opp mot invitasjon og utfordring, rytme, timing og tilstedeværelse. Utfordringen for terapeuten i inviterende bekreftende kommunikasjon er å bruke alt han eller hun vet om pasienten til å kontekstualisere pasientens reaksjoner og opplevelser som normale. Pasientens reaksjoner og opplevelser *er* normale, gitt at de ses i den konteksten som pasienten *opplever å være i*. Dette handler ikke bare om å *ta pasientens perspektiv*, men å virkelig *gå inn i pasientens perspektiv*.

Inviterende bekreftende kommunikasjon er perspektivtaking i ytterste konsekvens

Avgrenset bekreftende kommunikasjon og inviterende bekreftende kommunikasjon holdes i BET fra hverandre som to helt forskjellige intervensjoner. I praksis glir bruken av disse to intervensjonene over i hverandre. Men for at personalet skal lære å mest mulig effektivt tilpasse sin tilnærming til pasientens bruk av tilknytningsstrategier så må avgrenset bekreftende kommunikasjon og inviterende bekreftende kommunikasjon trenes som to distinkte prototypiske måter å møte pasienter på. Etter hvert som personalgruppen blir fortrolig med intervensjonene kan man i veiledningen også gi tilbakemelding på hvordan terapeuten veksler mellom dem.

De to måtene å bekrefte pasienter på læres og trenes hver for seg for å fremme terapeutisk fleksibilitet og effektivitet

Fokussamtaler. Korte fokussamtaler morgen og ettermiddag bidrar sterkt til å etablere en strukturert og forutsigbar arbeidsdag både for pasientene og for personalet. Formålet med fokussamtaler er å

- fremme pasientens eierskap til egen prosess
- fra dag til dag tilrettelegge for progresjon og retning i terapiprosessen med utgangspunkt i pasientens valgte fokus

Ved å trene på fokussamtaler lærer terapeuten å overlate ansvar for progresjon og prosess til pasienten

I feedbackbasert kollegaveiledning trener personalet på å bistå pasienten i arbeidet med etablere et fokus for dagen og samtidig la

ansvaret ligge hos pasienten. Dette handler om avgrensning, og tidvis om retorikk. En fokussamtale er forretningsmessig, og ikke noen terapisaamtale, dvs. terapeuten begrenser samtalen til, saken, fokuset for dagen. Tilbakemeldinger rettes mot hvordan terapeuten på en tilbakelemt, men likevel aktiv måte hjelper pasienten i hennes arbeid med å identifisere spesifikke handlinger som akkurat denne dagen kan gi erfaringer som skaper progresjon i prosessen. Kvaliteten på fokussamtalene er av stor betydning for pasientens eierskap til sin egen prosess og hvordan den helhetlige behandlingen forløper.

Utfordringen er å være aktivt tilretteleggende og samtidig avgrenset og ansvarliggjørende

Underregulering. Underregulering er en gjennomgående og generelt anvendt strategi der personalet ikke gjør noe for å løse pasientens problemer, komme med råd eller lindre. Man avventer pasientens utprøving av selvinitierte forsøk på mestring. Personalet bruker avgrenset bekreftende kommunikasjon for å gi pasienten en opplevelse av å bli sett og anerkjent som menneske, og løsningsfokuserede intervensjoner for å understøtte pasientens funksjonelle handlingsvalg. Vi snakker da om en "underregulerende holdning". Underregulering kan sies å være den gjennomgående og hverdagslige manifestasjonen av holdningen i BET og KYR. Det er slik vi skal møte pasientene. Formålet med underregulering er å

Underregulering "bæres av" avgrenset bekreftende kommunikasjon og løsningsfokuserede intervensjoner

- Tilrettelegge for at pasienten skal være en aktiv og ansvarlig aktør som tar valg
- Overlate initiativ og ansvar for selvregulering til pasienten
- Fremme innstilthet på andre ordens forandring
- Gi pasienten anledning til å gjøre seg erfaringer med ulike mestringsstrategier (både første og andre ordens strategier) og konsekvensene de valg av strategien har for psykisk tilstand, sosial situasjon og behandlingsprosess

Den terapeutiske holdningen avleses i vår væremåte og måten vi uttrykker oss på i rollespillet

I veiledning avleses holdningen i kroppsspråk og måten terapeuten uttrykker seg på, og vi får hjelp til holdningskalibrering. Vi skal aldri være *one up*, men gjerne *one down* for å overlate ansvar og initiativ til pasienten.

Overregulering. I møte med C-pasienter er overregulering en understimuleringssituasjon med ensidig fokus på ivaretagelse av liv og helse (Heggdal, 2010). Når vi sier *ivaretagelse av liv og helse* så er dette både reelt, retorisk og pragmatisk. Det er reelt fordi C-pasienten forut for overføring til overregulering gang på gang har utøvet atferd som objektivt sett setter liv og helse i akutt fare. Det er retorisk fordi det kommuniseres at det kun er *ett* aspekt ved situasjonen som vektlegges, altså, det (meta-)kommuniseres til pasienten at det ikke skal foregå noe som helst annet enn sikring av liv og helse. Og, det er pragmatisk fordi en slik tilrettelegging av situasjonen minimerer sekundærgevinster og fremmer motivasjon for å velge funksjonelle løsninger.

For terapeutene er overregulering en krevende øvelse i oppmerksomt nærvær

Når overregulering brukes ovenfor pasienter som bruker A-strategier er ikke begrunnelsen for overregulering *akutt fare* for liv og helse, men nødvendigheten av etablering av kontakt og relasjon for å bremse, stoppe og reversere en marginaliseringsprosess som vurderes å føre til økt funksjonsfall og sannsynliggjør en tidlig død. Overregulering av en pasient som i hovedsak bruker A-strategier er derfor ikke understimulering, men *overstimulering*.

Terapeutene trener på å representere en kontekstuell kontrast til pasientens læringshistorie

Overregulering handler altså om en kontekstuell tilrettelegging, tilpasset pasientens tilknytningsstrategier, for å fremme progressive responser. En overreguleringssituasjon *kontrasterer den konteksten som pasienten regressivt skaper eller søker inn i*. Behandlingsteamet tilbyr pasienten en kontekst som gir henne anledning til å avvikle sine vanemessige, patologioppretholdende, regressive responser på stimuli fra omgivelsene. Formålet med overregulering er å

Terapeutene lærer hvordan under- og overstimulering kan fremme pasientens initiativ til en mestringsdialog

- Utslukke regressiv atferd
- Fremme initiativ til en mestringsdialog
- Fremme motivasjon for å jobbe med utvikling av evne til funksjonell selvregulering

Både for C-pasienter og A-pasienter er et initiativ til mestringsdialog den progressive responsen som indikerer at overreguleringen har den tiltenkte effekten i prosessen. Overregulering kan omfatte hele pasientens livssituasjon eller avgrensede livsområder. I veiledningen får personale trening i å være vennlige og varmt tilstedeværende, enten det dreier seg om C-pasienter eller A-pasienter. I arbeid med C-pasienter fokuserer veiledningen på utvikling av terapeutens evne til å være på avventende "halvdistanse", samt trening i å legge inn forsinkelser. Når det gjelder A-pasienter så får terapeuter trening i inngående bruk av inviterende bekreftende kommunikasjon som en vennlig og nennsom måte å "invadere" pasienten i dennes eksistensielle isolasjon. Dette er et utfordrende arbeid som først og fremst handler om emosjonell inntoning og terapeutisk holdning.

Feedbackbasert kollegaveiledning er en viktig arbeidsarena for å få overregulering til å fungere i tråd med hensikten

Løsningsfokusede intervensjoner. Dette er en intervensjonsform hentet fra løsningsfokusede terapi. Formålet med løsningsfokusede intervensjoner er

- Å bevisstgjøre og forsterke funksjonelle handlingsvalg
- Å moderere lært hjelpeløshet
- Å øke mestringsstilling
- Generalisering av mestringserfaringer

BET-terapeuten lærer å se situasjoner med et løsningsfokusede blikk

I veiledningen trenes det på å flytte fokus fra "problemet" og over på løsninger som allerede er virksomme, på å identifisere det pasienten gjør som er *forskjellen som gjør en forskjell*, og på bemyndigelse av funksjonelle valg. Tilbakemeldinger rettes mot hvordan terapeuten arbeider med pasientens persepsjon, bruk av bekreftelse og timing av bemyndigende manøvre.

BET-retorikk i møte med appell, krav og trusler. Når vi bruker BET-retorikk så markerer terapeuten at pasienten har valg, ved å på en "matter of fact" måte kommuniserer det motsatte av hva pasienten forventer av helsepersonell. Formålet med BET-retorikk er å

- Utelukke dysfunksjonell atferd (appell, krav og trusler)
- Gjennomgående, også når det tilsynelatende er fare for liv og helse, se og møte pasienten som en ansvarlig og aktiv aktør som skaper sitt liv gjennom sine valg og handlinger

Ved opplæring i bruk av BET-retorikk får helsepersonell erfaringer med paradoksale effekter

I veiledning innarbeides den retoriske perspektivtakningen som en naturlig holdning og væremåte slik at de terapeutiske grepene ikke høres ut som fraser man lirer av seg. Det handler også om avgrensning

og at man verken vil eller skal forsøke å endre noen ting som helst. Utfordringen med denne intervensjonen er at terapeuter blir bekymrede og redde for hva pasienten skal komme til å gjøre. Ved utprøving og tilbakemelding vil man raskt erfare at appell, krav og trusler slukkes ut og at fare reduseres. Dersom man arbeider med pasienter som truer med suicid er det viktig at man selv spiller sin egen pasient og får førstehånds erfaring med å bli møtt med BET-retorikk. Vi vil her minne om at pasienter faktisk kan være i akutt suicidalfare. Feedbackbasert kollegaveiledning er en nyttig arena for å identifisere om pasientens adferd indikerer reell fare eller om atferden gjenspeiler det vi i BET kaller appell, krav og trusler.

Terapeuter får i veiledningen prøvd ut hvordan det er å være en pasient som truer med å ta livet av seg

Utvikling og fremming av funksjonell regelstyring. Slike intervensjoner handler om korte orienteringer i en gitt situasjon om hva man iht. lover, regler og kulturelle koder gjør eller ikke gjør, uten forklaringer, og uten at man snakker om konsekvenser eller utøver samtidige terapeutiske intervensjoner. Formålet med slike intervensjoner er å

Innlæring av regelstyrende intervensjoner utfordrer terapeutens oppfatning av empati

- Tilrettelegge en kontekst som fremmer nye erfaringer
- Øke pasientens forutsetninger for å delta i sosial samhandling i tråd med implisitte og eksplisitte normer og regler
- Internalisering av regelstyring

Terapeuten informerer vennlig og respektfullt om det pasienten ut fra sosiale normer kan eller ikke kan gjøre. Hvilke former for regelstyrende intervensjoner som brukes videre avhenger av pasientens respons. Terapeuten gjør det som er nødvendig for å forhindre at den sosiale situasjonen utvikler seg til noe som er til fare eller vesentlig belastning for andre tilstedeværende.

I veiledning trener terapeuter på forankre bruk av regelstyrende intervensjoner i BET-holdningen

I veiledning jobber vi med å integrere de grunnleggende verdiene i BET og KYR i måten vi arbeider med internalisering av regelstyring. Dette har først og fremst med forvaltning av holdning å gjøre. Rent teknisk er det enkelt. Men dersom intervensjonene administreres rent teknisk kan terapeuten komme til å fremstå som krass, moraliserende og nedlatende. Det vil ikke være forenelig med grunnholdningen i BET. Det gis også tilbakemeldinger i forhold til funksjonen av regelstyrende intervensjoner og bruken av eventuelle samtidige intervensjoner som kan svekke effekten av regelstyring.

Det trenes både på å rendyrke og på å kombinere intervensjoner

Instrumentell ytre regulering. Her handler det om håndtering av skade eller tilløp til situasjoner med fare for liv og helse. Situasjonen håndteres strikt iht. medisinske prosedyrer og/eller formaliserte lover og regler og uten samtidige terapeutiske intervensjoner. Formålet med intervensjonsformen er

- Håndtering av skade og forebygging av fare i tråd med medisinske prosedyrer, helselover og behandlingsveiledere
- Forebygging og minimering av regressive responser som følge av at inngripen er nødvendig for å beskytte liv og helse
- Utslukning av dysfunksjonell atferd
- Internalisering av regelstyring (jfr. ovenfor)

Rollespilling av instrumentell ytre regulering er trening på avgrensning i ytterste konsekvens

Vi skal forebygge og håndtere skade, og samtidig forebygge atferdsforstyrrelser

I veiledningen trener personalet på å identifisere indikasjoner på at instrumentell ytre regulering skal brukes. Dette er objektive observasjoner (noe man hører, ser eller lukter) på at det er akutt fare, eller at pasienten gjør eller er i ferd med å gjøre noe som ifølge norsk lovverk eller institusjonens regelverk ikke er tillatt. At noen tror, fornemmer eller "føler på seg" er ikke en indikasjon for instrumentell ytre regulering. Personalet får tilbakemelding på hvorvidt håndteringen av en situasjon er instrumentell, dvs. de trener på å avstå fra å gjøre noe annet enn en korrekt medisinsk prosedyre, en formalisert undersøkelse av potensiell risiko for liv og helse, og nøktern avhending av potensielt farlige eller ulovlige gjenstander eller remedier. Dette handler om avgrensning. I våre utdanninger som helsepersonell lærer vi gjennomgående det motsatte, å involvere oss i det andre mennesket og dets lidelse. For enkelte pasienter så vil denne involveringen, selv om situasjonen avhjelper der og da, bidra til å vedlikeholde og forsterke pasientens problemer over tid. Instrumentell ytre regulering er derfor en sentral intervensjon og ferdighet som trenes i feedbackbasert kollegaveiledning.

I veiledning gjør terapeutene seg kjent med håndtering av regressive mekanismer og fenomenet som i atferdspsykologien kalles extinction burst

3.4.2. Ferdighetstrening – spesialisert kompetanse

Utforskning av eksistensiell katastrofeangst (EKa). Dette er en terapeutisk prosedyre som tydeliggjør det "fobiske objektet" ved at pasienten inviteres til å utforske sine forestillinger om hva som ville skjedd hvis hun valgte (kunne velge) bort en suksessiv rekke unnvikelsesstrategier (Heggdal, Hammer, Alsos, Solfjell og Fosse, *in press*; Laing, 1965). Formålet med utforskning av eksistensiell

I veiledning lærer BET-terapeuter å identifisere pasientens tilstand som en fobi

katastrofeangst er å

- Identifisere det fobiske objektet
- Fremme defusjon ift. det fobiske objektet
- Forberede pasienten på eksponeringsterapi

Utforskning av eksistensiell katastrofeangst er en "straight-forward" prosedyre som er forholdsvis enkel å lære på det tekniske nivået. I veiledning vil fokuset i første omgang være på selve prosedyren og hvordan man går fram. Utfordringen er å få pasienten med seg på et "forestillingsplan", og at man ikke ender opp i en intellektuell dialog som stopper i pasientens "vet ikke". Således handler denne intervensjonen om innlevelse og inntoning fra terapeutens side, og da hvordan terapeuten inviterer og veileder pasienten inn i utforskningsprosessen. Ikke minst er det viktig at det er pasienten selv som skal identifisere hva hun frykter innerst inne. Terapeuten får tilbakemelding på hvordan pasienten hjelpes til å identifisere det fobiske "objektet" og hvorvidt hjelpen går over til å bli indusering av en eksistensiell katastrofeangst som kanskje ikke er der (ref).

Utfordringen er å få med seg pasienten i en utforskningsprosess

Utforskning av unnvikelse. Bevissthet og oversikt ift. egen unnvikelsesatferd er en forutsetning for å kunne velge eksponering. Å eksponere seg er synonymt med å velge og la være å unnvike, dvs. velge å forholde seg til det som er i stedet for å forsøke å fjerne eller endre noe av det. Dette skiftet fra unnvikelse til aksept er en overgang fra første ordens til andre ordens forandring. Formålet med utforskning av unnvikelse er å

Det kan være en utfordring å kartlegge unnvikelsesatferd uten at pasienten føler seg kritisert

- Identifisere og bevisstgjøre automatisert unnvikelsesatferd her og nå, mønstre av unnvikelsesatferd som fremtrer over tid
- Identifisere unnvikelsesatferdens funksjon her og nå, i relasjonen og i det terapeutiske arbeidet
- Identifisere unnvikelsesmønstrenes funksjon over tid, og hvilke "kostnader" disse mønstrene har for pasienten
- Tilrettelegge for og fremme pasientens muligheter til aktivt å kunne velge mellom første og andre ordens mestringsstrategier

Utforskningen handler om å identifisere hva pasienten konkret gjør for å unngå ubehag, smerte og frykt

Utfordringen i dette arbeidet er balansering av direktet og nennsomhet. Mange pasienter uttrykker at de ikke vil ha terapeuter som går rundt grøten. Men når de blir utfordret ift. unnvikelse kan de likevel raskt reagere med at de føler seg kritisert og ikke gode nok eller flinke nok. I veiledningen gis terapeutene tilbakemelding på hvordan de identifiserer unnvikelsesatferd, hvordan de engasjerer pasienten i utforskningen og hvordan de balanserer direkte påpekninger og en mer åpen, undrende tilnærming. Vi gjentar her at alle tilbakemeldinger knyttes opp mot den observerte effekten av de terapeutiske handlingene.

I veiledningen lærer terapeuten å være direkte påpekende ift unnvikelsesatferd her og nå, og å identifisere unnvikelsesmønstre som pasienten bruker

Funksjonell avledning. Det som i BET betegnes for funksjonell avledning er et *bevisst og overveid valg av unnvikelse*. Funksjonell refererer her til at valget av unnvikelse her og nå er funksjonelt *i et prosessperspektiv*. Strategien inngår som en sentral komponent i den terapeutiske intervensjonen *gradert eksponering* (se nedenfor). For å gradere eksponering velger pasienten i forkant et nøytralt eller positivt ladet tema som kan representere et fokus for avledning (valgt unnvikelse). Formålet med funksjonell avledning er å

Terapeuten lærer å veilede pasienten til å gå inn og ut av det som oppleves skremmende og smertefullt

- Gi pasienten muligheten til og ansvar for å balansere eksponeringsarbeidet og derigjennom etablere og opprettholde en opplevelse av kontroll
- Etablere og styrke pasientens eierforhold til terapiprosessen
- Fremme mestringstillit og motivasjon for videre eksponeringsarbeid

Ved å bruke avledning opplever pasienten i større grad å kunne styre prosessen selv

Terapeutens oppgave er her i utgangspunktet først og fremst å være pedagog. Når pasienten er i gang med utprøving av funksjonell avledning er vi allerede i gang med gradert eksponering. I veiledningen trenes terapeutens pedagogiske ferdigheter. Den pedagogiske utfordringen innebærer ofte at man må bruke BET-retorikk for å få pasienten med i prosessen med å identifisere aktuelle avledningstemaer og få et eierforhold til bruken av avledning.

Å være BET-terapeut handler også om å være pedagog

Gradert eksponering. Gradert eksponering er en terapeutisk prosedyre der pasienten velger å gradvis eksponere seg for det hun frykter. Pasienten velger å ikke unnvike og å være i tilstanden/affekten, for så igjen velge å unnvike (se funksjonell avledning ovenfor). Formålet med gradert eksponering er å

Å gradere eksponering er en balansekunst, og det er pasienten som skal styre prosessen

- Fremme erfaringer med hvordan det er å aktiv velge å være i en affektiv aktivert tilstand uten å ty til unnvikelse
- Fremme erfaringer med emosjonsregulering, dvs. ved å gjøre aktive valg og gå inn i og ut av affektive tilstander
- Øke affekttoleranse
- Øke mestringstillit og motivasjon for eksponering

I veiledning trener terapeuten på å gradere eksponering opp mot pasientens kapasitet

I veiledning fokuseres hvordan terapeuten lar ansvaret ligge hos pasienten, og på inntoning og timing. De fleste pasienter vil ofte vegre seg for å utfordre seg selv, mens enkelte vil kanskje for mye på en gang. Terapeutens jobb er å nennsomt tilrettelegge for at pasienten selv kan regulere når og hvordan eksponeringen foregår, og likeledes selv velge å flytte fokus over på noe positivt eller nøytralt. Tilbakemeldinger fokuserer på hvordan terapeuten bistår pasienten i å balansere eksponeringsarbeidet i et prosessperspektiv. Men, terapeuten skal også fremme optimal progresjon. Det betyr at terapeuten må utfordre der pasienten vegrer seg og er passiv, og holde igjen der pasienten vil for mye. Dette kan gjøres på mange måter. Det avgjørende er at terapeuten tilrettelegger for at pasienten gjennomgående er en aktiv aktør som har muligheten til å gjøre funksjonelle valg. Terapeuten må også forholde seg terapeutisk i situasjoner der pasienten *ikke* gjør funksjonelle valg. Det er mange barrierer som skal forseres i en terapeutisk prosess, og en del av jobben for terapeuten handler om å stå stille sammen med pasienten.

Terapeuten lærer å utfordre der pasienten vegrer seg og holde igjen der pasienten vil for mye

Flooding. Flooding er en terapeutisk prosedyre der pasienten velger å la seg overvelde av det hun frykter. Formålet med flooding er å

- Fremme erfaringer som fører til en erkjennelse av at tanker og følelser aldri er eller blir farlige
- En endelig og fullstendig defusjon med det fobiske "objektet"

Flooding kan både for pasienter og terapeuter oppleves som om situasjonen kommer ut av kontroll

I veiledningen fokuseres det på hvordan terapeuten står løpet, holder seg i aksept-modus og rommer det som skjer. Terapeuten kan i floodingsituasjoner lett komme til å spille ut motoverføringer, som for eksempel behovet for å lindre eller å forsikre pasienten om at det snart går over. På den annen side kan terapeuten være for lite sensitiv i forhold til hvor pasienten emosjonelt sett befinner seg, noe som evt. vil gjenspeiles i pasientens responser på de terapeutiske handlingene. Tilbakemeldinger rettes mot "containing" og avgrensning, og hvordan terapeuten med sin tilstedeværelse og sine handlinger sikrer at floodingprosessen foregår i en relasjonell kontekst og har optimal progresjon.

I feedbackbasert kollegaveiledning trener terapeuter på å holde seg til det faktum at tanker og følelser aldri er eller kan bli farlige

Løsningsfokusert konsolidering. Løsningsfokusede intervensjoner anvendes for å understøtte selveksponeringserfaringer utenfor den terapeutiske konteksten. Betegnelsen "konsolidering" refererer til at slike intervensjoner anvendes for å understøtte og forsterke effekten av eksponeringsterapi, og da særlig i den siste delen av behandlingsprosessen. Formålet med løsningsfokusede konsolidering er å

Terapeutens løsningsfokusede blikk hjelper pasienten til å utvikle mestringstillit

- Forløpende understøtte erfaringer med bruk av andre ordens mestringsstrategier utenfor terapirommet og uavhengig av den sikre basen (jfr. KYR som sikker base; Heggdal og Lillelien, 2014)
- Øke sannsynligheten for at funksjonelle handlingsvalg repeteres
- Generalisere bruk av andre ordens tilnærming til flere situasjoner og livsområder

I veiledningen lærer terapeuter hvordan mestrings erfaringer kan understøttes og generaliseres

Å være løsningsfokusede er like mye en holdning som teknikk. I veiledningen trenes terapeutens blikk og inntoning: hva setter terapeuten fokus på; hvordan jobbes det med pasientens persepsjon, og hvordan berømmes og bemyndiges pasienten for *forskjellen som gjør en forskjell* (Bateson, 1985; Watzlawick, Weakland og Fish, 1974)). Løsningene er allerede virksomme. Pasienten har, på eget initiativ og på egenhånd, gjort seg erfaringer med funksjonelle handlingsvalg og konsekvensen av disse valgene. Terapeutens jobb er å identifisere valgene og handlingene og på en bemyndigende måte styrke pasientens eierforhold til bruken av andre ordens mestringsstrategier. Se også løsningsfokusede intervensjoner ovenfor.

Gjennom trening av ferdigheter innarbeides en løsningsfokusede holdning, et element som inngår i grunnholdningen i BET

4. Regler for å gi og ta imot tilbakemelding

4.1. Tilbakemelding er en gave

Nordmenn flest er veldig opptatt av at vi skal gi hverandre positive tilbakemeldinger. Positive tilbakemeldinger blir sett som positive, mens negative tilbakemeldinger blir sett som negative. I kybernetikken, som BET er forankret i, er positiv og negativ ikke ladet på denne måten. Positiv tilbakemelding har en funksjon, og negativ tilbakemelding har en funksjon. Det er funksjonen vi er opptatt av. Positiv og negativ er i kybernetikken verdinøytrale begreper. Når man gir en positiv tilbakemelding sier man *dette kan du fortsette med eller gjøre mer av*. En negativ tilbakemelding betyr *det der kan du slutte med eller gjøre mindre av*. Både positiv og negativ tilbakemelding begrunnes med hvilken funksjon en handling har, da sett opp mot intensjonen med handlingen.

I kybernetikken er "positiv" og "negativ" nøytrale begreper

Tilbakemeldinger rettes mot våre terapeutiske handlingers funksjon

Både positiv og negativ tilbakemelding er en gave fra den som gir tilbakemeldingen til den som mottar tilbakemeldingen. For oss nordmenn vil en positiv tilbakemelding for de fleste oppleves som en finere gave enn den negative. Vi idealiserer og idylliserer det å rose hverandre. Positive tilbakemeldinger vil vanligvis få oss til å føle at vi er flinke, og på den måten gi oss et lite løft i selvfølelsen. Slike tilbakemeldinger kan, forutsatt at det brukes et atferdspråk, også gjøre oss mer bevisste på hva vi faktisk gjør som har den funksjonen vi ønsker, og sånn sett ha vesentlig nytteverdi utover styrking av selvfølelsen. Når man har erkjent og internalisert i seg selv at positiv og negativ er verdinøytrale begreper, så vil man kunne se at negativ tilbakemelding som oftest er den formen for tilbakemelding som har størst nytteverdi ift. læring og kompetanseutvikling. Når en kollega peker korrigerende på noe vi gjør får vi en hard, uinnpakket gave som kan være gull verdt i vårt videre arbeid. Det blir klart og tydelig for oss hva vi gjorde og funksjonen av hva vi gjorde, og vi får et konkret innspill på hva vi alternativt kunne gjøre i den aktuelle situasjonen for å være mer effektive som terapeuter. En kort oppsummering i et BET-perspektiv:

Positiv tilbakemelding hjelper oss til å bli bevisste på hvordan vi kan være i funksjonell likevekt som terapeuter

Negativ tilbakemelding bevisstgjør handlinger kan svekke vår dynamiske likevekt

- Å akseptere betyr "å ta imot"
 - Når du gir en tilbakemelding gir du en gave
 - Når du får en tilbakemelding mottar du en gave
- Positiv tilbakemelding hjelper deg til å bli oppmerksom og mer bevisst på det du gjør som er funksjonelt (bidrar til funksjonell likevekt)
- Negativ tilbakemelding hjelper deg til å bli oppmerksom og bevisst

I feedbackbasert kollegaveiledning hjelper medarbeiderne hverandre til å bli bedre terapeuter

på det du gjør som ikke er funksjonelt

- Når du gir tilbakemelding hjelper du andre til å regulere sin aktivitet i tråd med felles verdier og målsettinger
- Når du tar imot tilbakemeldinger blir du bedre i stand til å regulere din aktivitet i tråd med felles verdier og målsettinger

4.2. Verdier og tilbakemelding

Tilbakemelding foregår i en mellommenneskelig kontekst. Veiledningen er basert på grunnleggende verdier som vi har blitt enige om skal gjelde i vårt arbeidsfellesskap. I gjennomføringen av veiledningen gjenspeiler måten vi samhandler på at vi er forankret i et felles sett av verdier. Veiledningen handler ikke om å finne feil eller å arrestere noen for noe som har blitt gjort eller ikke gjort. Vi arbeider sammen og skal spille hverandre gode. Det handler om å mobilisere hverandres ressurser. Behandlingsteamet skal selv gå noen runder og bli enige om et sett av verdier som skal gjelde for fellesskapet (Polk og Schoendorff, 2014). Det er imidlertid noen verdier som er gitt på forhånd og som man ikke kommer utenom hvis man skal arbeide på denne måten. Verdier overlapper, men det kan være greit å tydeliggjøre verdiers innhold og hva å leve i tråd med en verdi betyr på handlingsplan.

Feedbackbasert kollegaveiledning skal være forankret i et definert sett av verdier

4.2.1. Respekt

Respekt handler om at medarbeiderne anerkjenner hverandre som autonome individer som ser verden og virkeligheten fra sitt perspektiv. Når du handler i tråd med verdien respekt så lytter du til det den andre har å si og responderer ut fra en holdning som sier at den andres perspektiv er like verdifullt som ditt eget.

Vi verdsetter hverandres perspektiver på virkeligheten

4.2.2. Verdighet

Verdighet handler om den enkeltes integritet, og at medarbeidernes integritet aldri krenkes. Dette betyr ikke at man skal være forsiktig og ta på hverandre med silkehansker. Verdigheten opprettholdes ved at medarbeiderne er ærlige og tydelige og sier hvordan ting er, uten å gå i kamp eller i forsvar.

Vi ivaretar hverandres integritet ved å være ærlige, direkte og transparente

4.2.3. Anstendighet

Anstendighet handler om at man møter den andre som man ønsker å bli møtt selv, at man ikke tillegger den andre intensjoner og meninger eller går inn for å sette den andre i et dårlig lys. Personalgrupper i sykehusavdelinger kan ofte være preget av konflikter. Disse konfliktene kan være åpne, men i mange tilfeller vil de være skjulte, uuttalte og spille seg ut i subtile stikk og antydninger personalet imellom.

Ved å opptre med anstendighet skaper vi

Veiledningsformatet vil bidra til å sikre at konfliktene ikke spiller seg ut, heller ikke de skjulte konfliktene. Dersom enkelte medarbeidere er opptatt av å konkurrere eller av å sette andre i et dårlig lys så vil det bli tydelig der og da og da også kunne håndteres av den eller de som leder veiledningen. Som oftest vil de som er konfliktorienterte finne veiledningen ubehagelig fordi de nettopp må stå til ansvar for det de sier og gjør ovenfor sine medarbeidere. Over tid vil feedbackbasert kollegaveiledning gjennom perspektivtakning og gjennomgående inklusjon moderere både åpne og skjulte konflikter.

et trygt arbeidsklima både for andre og oss selv

4.2.4. Lojalitet

Hvem skal man være lojale ovenfor i psykisk helsevern? De fleste vil si pasientene. Noen vil si ledere og systemet. Feedbackbasert kollegaveiledning handler om lojalitet alle veier, og først og fremst om å være lojale ovenfor det settet av verdier som teamet har blitt enige om skal ligge til grunn for arbeidet. Veiledningen er en arena i hverdagen der vi praktiserer forpliktende handlinger forankret i disse verdiene. Til de som mener vi skal sette pasientene først kan vi si at det systematiske arbeidet dette veiledningsformatet legger opp til også vil optimalisere hver enkelts innsats ovenfor pasientene.

Ved å være lojale mot hverandre og mot våre verdier er vi både lojale mot pasientene og mot systemet vi arbeider i

4.5. Handlingsregler

I BET er det utarbeidet et sett av regler for å gi tilbakemelding og for å ta imot tilbakemelding. Reglene er forankret i en kybernetisk forståelse av kommunikasjon og samhandling, og i verdiene respekt, verdighet, anstendighet og lojalitet. Disse verdiene ligger implisitt i BET og BET-modellens teorigrunnlag. Våre erfaringer indikerer at tydeliggjøring av hva disse verdiene innebærer i praksis i en veiledningssituasjon både er nyttig og nødvendig for å etablere feedbackbasert veiledning som en ivaretagende prosedyre og for å kunne utnytte potensialet i dette veiledningsformatet. På neste side presenterer vi reglene som skal følges i veiledningen. Disse kan gjerne skrives ut, evt. lages som en plakat, og henges på veggen der medarbeiderne gjennomfører veiledningen.

Feedbackbasert kollegaveiledning er forankret i en kybernetisk forståelse av kommunikasjon og samhandling

4.5.1. Regler for å gi tilbakemelding

Du skal	Du skal
<p>Være direkte og tydelig, dvs.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Holde blikket på den du gir tilbakemelding til ✓ Bruke få ord og formuleringer 	<p>Ikke pakke inn budskapet, f eks.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si det motsatte først ▪ Snakke i generelle vendinger ▪ Snakke i negasjoner
<p>Snakke et handlingsspråk</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Referere kun til observerte handlinger ✓ Identifiser EN spesifikk atferd ✓ Beskriv detaljer i atferden 	<p>Ikke peke på karaktertrekk, dvs.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Snakke om personen eller andre ting personen har gjort ▪ Bruke "mentale" begreper som "snill", "flink", "streng", "sint" osv
<p>Forklare handlingenes funksjon, dvs.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Beskrive effekten av handlingen opp mot handlingens intensjon: <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan responderer pasienten? - Hvordan utvikler samspillet i relasjonen seg? 	<p>Ikke være ute på hevntokt, dvs.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gå inn for å såre personen ▪ Gå inn for å sette personen i et dårlig lys

4.5.2. Regler for å motta tilbakemelding

Du skal	Du skal
<p>Lytte</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Holde blikket på den som gir tilbakemelding ✓ Vise med kroppsspråk at du er engasjert og interessert i hva som sies 	<p>Ikke diskutere og argumentere, f eks.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Forklare hva du forsøkte å gjøre ▪ Med kroppsspråk vise/antydde <ul style="list-style-type: none"> - at du er uenig - at den som gir tilbakemelding tar feil
<p>Holde fokus på deg selv</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Utforske hva den andre sier du gjorde ✓ Gjengi din forståelse av hva den andre sier du gjorde 	<p>Ikke snakke om den som gir tilbakemelding, f eks.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Snakke om hvordan tilbakemeldingen gis ▪ Snakke om noe den andre har gjort
<p>Undersøke handlingenes funksjon</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Stille utdypende spørsmål ift. hvordan din handling virket ✓ På pasienten ✓ På samspillet i relasjonen ✓ Oppsummere hvordan du har forstått essensen i tilbakemeldingen 	<p>Ikke si "tusen takk"! (verbalt/nonverbalt)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ For å bli fort ferdig ▪ For å flytte fokus bort fra deg selv ▪ Som om du har fått en gave du egentlig ikke ville ha

5. Ledelse av feedbackbasert kollegaveiledning

5.1. Lederen forvalter en veiledningsstruktur

Når vi arbeider med feedbackbasert kollegaveiledning foregår det i en flat struktur. Det er ikke én veileder som veileder de andre. Vi veileder hverandre. Den som leder veiledningen forvalter en struktur, dvs. fasiliterer prosessen ved å, når det er nødvendig, tydeliggjøre prosedyrene. Å presentere temaer for veiledningen er et kollektivt ansvar. Temaene skal ikke snakkes om, de skal arbeides med. Forskning viser at den mest effektive måten å lære på er å få feedback mens man praktiserer, og at man umiddelbart etter å ha fått feedback har anledning til å prøve ut det som ble sagt i tilbakemeldingen.

Den som leder veiledningen er ikke en veileder i ordets vanlige forstand; han eller hun forvalter en veiledningsstruktur

Vi ser at etter hvert som medarbeiderne blir vant til veiledningsformatet så går veiledningen av seg selv. Den som "leder" trenger ikke gjøre noe annet enn å delta i veiledningen. Lederfunksjonen begrenses da til å bidra til understøttelse av funksjonell atferd blant medarbeiderne, for eksempel holde fram hvordan "giver" og "mottaker" samarbeider om utforskning eller hvordan medarbeidere ved sine handlinger bidrar til at veiledningen går av seg selv.

Lederen har som oppgave å identifisere og gi tilbakemelding på funksjonell "veiledningsatferd"

5.2. Kollektiv forvaltning av veiledningsstrukturen

Når den flate strukturen har "satt seg" og alle er inneforstått med veiledningsformatet så vil veiledningen gå sin gang uten at noen fremtrer som en som forvalter strukturen. Da er det kollektivet som sammen forvalter veiledningen og skifter på å gripe inn dersom det som foregår avviker fra formatet. Personalet vil oppleve overgangen til kollektiv forvaltning som befriende, og de vil kunne slippe seg selv fri, prøve seg ut, utforske sitt arbeide og utvikle sine ferdigheter på en uanstrengt måte.

Det er en målsetting i feedbackbasert kollegaveiledning at prosedyrene forvaltes autonomt av kollektivet

BET handler ikke bare om pasientens autonomi, men også om helsepersonells autonomi. Vi er alle mennesker som i bunn og grunn ønsker å være autonome. Både for pasienter og helsepersonell kan det imidlertid oppleves enklere at det er andre som bestemmer, dirigerer og instruerer. Da slipper vi å ta ansvar selv, for våre handlinger og for våre liv. Hierarkisk organisering fritar oss fra ansvar. Vi kan legge skylden på andre når ting ikke fungerer, og vi kan eventuelt ta litt av æren når det faktisk fungerer.

Å arbeide i en flat struktur betyr både at alle tar ansvar for seg selv og at alle tar ansvar for hverandre

Å få og ta ansvar er essensielt med tanke på gruppeeffektivitet (Heggdal og Svergja, 2014). Autonomi og ansvar går hånd i hånd; skal vi velge det ene må vi også ta med oss det andre. I feedbackbasert kollegaveiledning får medarbeiderne ansvar for sin egen læringsprosess, og derigjennom blir de, hvis de velger å ta dette ansvaret, også autonome helsearbeidere. Husk at vi også er rollemodeller. Hvordan kan vi ansvarliggjøre pasienter og fremme deres autonomi hvis vi ikke selv tar ansvar og ikke selv gjør oss til autonome aktører i vår arbeidsdag?

Autonomi og ansvar går hånd i hånd; velger vi det ene så må vi også ta det andre

6. Beskrivelse feedbackbasert kollegaveiledning

6.1. Organisering og oppstart

Veiledning i psykisk helsevern foregår vanligvis innad i en profesjonsgruppe, der helsepersonell som har mye erfaring og kompetanse på et fagfelt veileder andre innen det samme fagfeltet. I BET defineres terapi i vid forstand; alt vi gjør i møte med pasientene er terapi. Vi har riktignok ulike funksjoner, men vi jobber alle med det samme; å fremme funksjonell selvregulering hos marginaliserte pasienter.

Inklusjon av alle gjenspeiler at alles bidrag er like viktige i den helhetlige behandlingen

Feedbackbasert kollegaveiledning er et inkluderende veiledningsformat der hver medarbeider bidrar med sin unike kompetanse i form av hvem de er, utdanningen de har og hvilke erfaringer de har gjort seg både i arbeidslivet og i sitt privatliv. Vi veileder hverandre, noe som betyr at alle som er tilstede har innflytelse på hvilke temaer og utfordringer det jobbes med i veiledningen. Også hospitanter og praksisstudenter inkluderes som likeverdige deltakere. Når man har jobbet lenge på et sted og med samme typer oppgaver risikerer man å bli "fabrikkblind". De som kommer inn utenifra kan med sitt "utenfra-blikk" ofte kunne se ting som de faste ansatte fra sine posisjoner ikke kan se. Disse utenfraperspektivene utnyttes for alt det de er verdt, samtidig som den inkluderende praksisen bidrar til å optimalisere læringsutbytte for de som har lite praktisk erfaring med BET.

Deltakere utenifra bidrar til at vi unngår å bli fabrikkblinde

I arbeid med marginaliserte pasienter vil man som helsepersonell stadig stå i vanskelige situasjoner i klinikken. BET-pasienter er mer eller mindre kontinuerlig i krise, og ofte vil det kunne se ut som det er fare for liv og helse. Veiledningsfokuset kan derfor lett trekkes over mot krisehåndtering. Faren er da stor for at terapeutene går inn i de samme marginaliserende samhandlingsmønstrene som har brakt pasientene inn i BET-programmet. Et hovedformål i feedbackbasert kollegaveiledning er nettopp å sørge for at behandlingsteamet holder fokus på prosess og progresjon og *ikke* blir viklet inn i kontinuerlig krisehåndtering. I en BET-kontekst handler veiledning primært om situasjoner og utfordringer som personalet typisk står i når det gjelder å *fremme progresjon i terapeutiske prosesser*, og om innlæring av bestemte progresjonsfremmende intervensjoner. I den grad veiledningen handler om krisehåndtering arbeider vi med intervensjonen instrumentell ytre regulering som er beskrevet ovenfor.

I feedbackbasert kollegaveiledning er fokuset på progresjon og prosess

Vi trener oss på intervensjonen instrumentell ytre regulering for å kunne håndtere kriser uten å forsterke regresjon

Ut fra dette er det to ulike hovedinnfallsvinkler for arbeidsfokuset i feedbackbasert kollegaveiledning. For det første erfarer vi i klinikken typiske utfordringer i møte med pasientenes bruk av tilknytningsstrategier (Crittenden, 2008). Det kan her både handle om det som foregår i terapirommet og det som skjer i miljøet. Veiledningen starter med at en medarbeider beskriver en spesifikk situasjon eller typisk utfordring som oppstår i klinikken. Han eller hun skal ikke fortelle om dette i det vide og det brede, men kort beskrive hva utfordringen handler om. Utfordringen tas ikke opp til diskusjon. Hvis det er flere temaer som kommer opp gjøres en rask konsensusvurdering av hva gruppen opplever som viktigst her og nå ift å skape fremdrift i terapiprosesser. Vi går så i gang og rollespiller den type situasjon som velges som arbeidsfokus. Den andre innfallsvinkelen er at vi trener på prototypeintervensjoner, for eksempel avgrenset bekreftende kommunikasjon eller utforskning av eksistensiell katastrofeangst. Innlæring av prototypeintervensjoner er helt avgjørende både for tilegnelse av terapeutiske ferdigheter og for internalisering av grunnholdningen i BET og KYR.

I veiledningen arbeides det med en spesifikk situasjon, typiske utfordringer vi møter og prototypiske BET-intervensjoner

Vi velger å arbeide med det som synes viktigst mht. å her og nå fremme progresjon i behandlingsprosesser

Feedbackbasert kollegaveiledning foregår i arbeidshverdagen som en av oppgavene vi engasjerer oss i. Vi drar ikke av gårde, dette er en arbeidsøkt som foregår på et eller annet rom i avdelingen. Veiledningen gjennomføres ved at en gruppe medarbeiderne sitter rundt et bord, evt. i en ring uten bord. To stoler plasseres ved enden av bordet, eller midt i ringen. Her skal rollespillet foregå. Igjen, vi snakker ikke om saken vi skal arbeide med, vi rollespiller. Et aktuelt tema kommer på bordet, og vi blir enige om hvem som skal spille pasient og hvem som skal spille terapeut. Det er ikke slik at man nødvendigvis spiller en bestemt pasient. Den som får eller tar pasientrollen utformer pasientrollen ut fra aktuelt tema og sine egne erfaringer fra klinikken.

Veiledningen skal foregå der vi arbeider, på avdelingen

Den innledende avklaringen av tema og hvem som skal rollespille skal ikke ta mer enn 5 minutter. All tid som brukes utover 5 minutter er erfaringsmessig bortkastet tid. Vi lærer ved å praktisere og få tilbakemeldinger på rollespill av en situasjon vi har vært, en situasjon som vi skal inn i, eller typiske situasjoner vi stadig havner i. Ved intensiv ferdighetstrening av prototypeintervensjoner øker vi våre forutsetninger for både å forebygge kriser og for å bidra til framdrift i de terapeutiske prosessene.

Feedbackbasert veiledning er svært tidsøkonomisk

6.2. Rollespill

I rollespillet spiller en medarbeider terapeut og den andre pasient. Det legges opp til turtaking, både innad i den enkelte veiledningsøkten og fra veiledning til veiledning over tid. Vi har ulike erfaringer med å være terapeuter, og erfaringer fra forskjellige arenaer med pasientene. Alle har noe å bidra med fra sitt ståsted og sitt erfaringsgrunnlag. Rollespillet skal være kort, ofte begrenset til 3-5 minutter. Av og til kan det strekke seg litt lenger, men vi skal gå rett på sak og demonstrere hvordan vi arbeider i slike situasjoner. Når vi rollespiller er det viktig at alles tilstedeværelse er forankret i verdiene definert ovenfor. Vi ler ikke, vi rister ikke på hodet, vi morer oss ikke på andres bekostning. De som rollespiller eksponerer seg for sine kollegaer og deres bidrag og innsats skal anerkjennes. Vi lærer alle av det de gjør, enten det de demonstrerer i rollespillet er funksjonelt eller ikke funksjonelt. Og neste gang er det din tur. Du ønsker og trenger også en opplevelse av å være i et anerkjennende klima når du skal prøve ut intervensjoner og trener på terapeutiske ferdigheter.

Når vi rollespiller lærer vi best hvis prøver oss ut i et anerkjennende og støttende miljø

Rollespillet avsluttes ved at de som rollespiller, evt. den som leder veiledningen, avbryter når aktuell situasjon og aktuelle intervensjoner er demonstrert. Det kan være hensiktsmessig å gjennomføre det samme rollespillet umiddelbart en gang til etter en runde med tilbakemeldinger. Da får terapeuten anledning til å prøve ut noen av tilbakemeldingene med en gang, og så få nye tilbakemeldinger ut fra hvordan intervensjonene har blitt justert. Forskning viser at umiddelbar utprøving av tilbakemeldinger vil kunne optimalisere læringseffekten i veiledning (Joyce og Showers, 2002).

Man får mest ut av tilbakemeldinger dersom man umiddelbart får anledning til å prøve dem ut

6.3. Runden med tilbakemelding

6.3.1. Tilbakemelding på det som foregår her og nå i rommet

Når det gis tilbakemeldinger så rettes tilbakemeldingene mot situasjonen her og nå i rommet, mot det rollespillet som man har observert. Medarbeiderne skal aldri snakke om hvordan det "egentlig er" i den og den situasjonen og med den og den pasienten. Rollespillet foregår her og nå, og det er det vi gir tilbakemelding på. Det er terapeuten som får tilbakemelding, ikke pasienten. Dette handler om vårt arbeid, hvordan vi intervensjoner og effekten av våre intervensjoner.

Tilbakemeldingene rettes mot det som foregår i rollespillet her og nå

6.3.2. Handling, respons og funksjon

Når man gir tilbakemelding skal man ikke innlede med intetsigende fraser som "jeg vet ikke riktig jeg", eller "det er sikkert mange meninger om dette, men ...". En tydelig tilbakemelding har ingen innpakning, den går rett på sak og beskriver observert atferd og observert eller antatt funksjon. Den som gir tilbakemelding snakker ut fra sitt perspektiv; alt er perspektiver, og vi snakker alle som er tilstede ut fra vårt eget perspektiv. Før man har vennet seg til veiledningsformatet kan det være nyttig å markere dette: "fra mitt perspektiv observert jeg [terapeutens handling] og dette påvirket slik jeg så det pasienten og relasjonen ved at [pasientens respons + konsekvensen for samhandlingen]".

Ved tilbakemeldinger formidles konkrete handlinger og responser som er observert fra et annet ståsted

Tilbakemelding gis altså i et atferdsspråk, dvs., vi snakker om konkrete handlinger som vi observerer. Vi bruker ikke mentale begreper som for eksempel "bra", "dårlig", "varm" og "kald". Hvis en terapeut "er varm" så gjør terapeuten noe som gir observatøren et inntrykk av at han eller hun kan oppleves av pasienten som "varm". Det er da det terapeuten gjør, de terapeutiske handlingene, vi fokuserer og snakker om i veiledningen. Det samme gjelder for pasientens responser og konsekvenser for samhandlingsdynamikken i relasjonen. Vi holder oss til konkrete beskrivelser av det som skjer, og vurderer funksjonalitet opp mot intensjonen med intervensjonen.

Mentale begreper refererer til ikke-observerbare fenomener og har liten nytteverdi i trening av ferdigheter og atferdsendrende arbeid

6.3.3. Å gi tilbakemelding

Medarbeiderne som ikke rollespiller noterer under rollespillet sine observasjoner. Det som observeres og noteres er handlinger og funksjonen av handlinger. Vi gir tilbakemelding etter tur, i henhold til prosedyrene som er beskrevet i de følgende avsnittene. Den som gir tilbakemelding holder blikket på den tilbakemeldingen gis til, altså på terapeuten i rollespillet. Tilbakemelding gis ved at man beskriver en spesifikk handling som ble observert, dvs. et utsagn, måten terapeuten uttrykket seg på, en kroppspositur, en bevegelse osv. Deretter beskriver den som gir tilbakemelding den observerte, eller antatte, funksjonen av den terapeutiske handlingen. Fordi responsen ikke alltid kommer til uttrykk i handling kan vi ikke alltid vite hvordan pasienten responderer. Men vi kan ut fra fornemmelse og inntrykk presentere *en hypotese* om hvordan vi antar pasienten responderer. Funksjonen av handlingen beskrives opp mot intensjon med handlingen. Når vi for eksempel rollespiller bruk av avgrenset bekreftende kommunikasjon i møte med appell, krav eller trussel, så er intensjonen å utslukke den type atferd. Når intervensjonen tjener den intenderte hensikten så vil vi se en reduksjon av appell, krav eller trussel. Vi vil også se en relasjonell samhandling som i større grad er preget av fellesskap og mindfulness.

Tilbakemeldinger beskriver en konkrete terapeutisk handlinger og handlingenes funksjon sett opp mot handlingenes intensjon

Hver av medarbeiderne som ikke rollespiller identifiserer altså *én* spesifikk terapeutisk handling. Dersom tilbakemeldinger blir summariske beskrivelser så forsvinner de spesifikke effektene vi er ute etter i oppsummeringen. Derfor, *én* spesifikk handling, og pasientens spesifikke responser på denne spesifikke handlingen. Det strikte fokuset på atferd vil til å begynne med være vanskelig for mange med helsefaglig utdanning. Dette fordi deres respektive utdanninger først og fremst vektlegger å utvikle kunnskap om teorifunderte perspektiver

For å gjøre veiledningen mest mulig nyttig rettes hver tilbakemelding mot en *én* konkret handling

på pasienters psykiske tilstand og fungering.

Vi skal her huske at det er *terapeutens atferd* vi først og fremst fokuserer i feedbackbasert kollegaveiledning. Formålet er å utvikle bevissthet om hva vi gjør som terapeuter og hvilken effekt våre handlinger har. Vi skal kunne si hva vi gjør og gjøre det vi sier vi gjør, avlese effekten av våre handlinger og justere handlingene for å optimalisere terapeutisk effekt. Når man i psykisk helsevern først og fremst er opptatt av å forstå pasienten risikerer man også å attribuere årsaker til endringer i tilstandsbildet, enten endringen er positiv eller negativ, til forhold *i* pasienten. I møte med marginaliserte pasienter fører det dessverre til at man oppfatter dem som "behandlingsresistente". Vi forstår det slik at det er *tilstanden* som har forverret seg og blitt kronisk. I feedbackbasert kollegaveiledning flytter vi i stedet fokuset over på våre terapeutiske handlinger og undersøker hvorvidt de bidrar til å skape og opprettholde pasientens dysfunksjon eller om de kan bidra til å vikle pasienten ut av marginaliseringsprosessen.

Psykisk helsevern fokuserer generelt for mye på pasienten og for lite på hvordan vi arbeider

I feedbackbasert kollegaveiledning er fokuset på hvordan terapeuten samhandler med pasienten

6.3.4. Å motta og utforske tilbakemeldinger

Når tilbakemeldingen er gitt er tiden inne for en utforskende dialog mellom tilbakemelder og terapeuten. Ingen andre skal bryte inn i denne dialogen. Dialogen pågår helt til den som mottar tilbakemeldingen gir uttrykk for å se det som observatøren hadde sett fra sitt perspektiv.

En tilbakemelding er ikke mottatt før den er fullt og helt forstått

Gjennom tilbakemeldingen er én terapeutisk handling og pasientens respons på handlingen beskrevet for den som rollespiller terapeut. Beskrivelsen kommer fra et perspektiv som kan avvike sterkt fra terapeutens eget perspektiv. Terapeuten skal *ikke* forklare og ikke forsvare det som han eller hun har gjort i rollespillet, altså ikke legge fram sitt perspektiv på den fokuserte samhandlingssekvensen. Oppgaven for terapeuten er nå å forsøke å se og forstå hva den som har gitt tilbakemelding har sett. Dette gjøres ved å stille utforskende spørsmål: "hva spesifikt var det jeg gjorde"; "kan du beskrive nærmere hvordan pasienten responderte"; "jeg forstår ikke helt ... kan du beskrive samhandlingssekvensen på en annen måte"?

Tilbakemeldinger utforskes ved at det stilles spørsmål som inviterer til beskrivelse av konkrete handlinger

Terapeuten utforsker tilbakemeldingen inntil det er helt klart for han eller henne hva som ligger i tilbakemeldingen, hva observatøren har sett. Når denne klarheten begynner å vokse fram så skal terapeuten med sine egne ord reformulere tilbakemeldingen: "så det du sier er at når jeg [handling] så virket det for deg som om pasienten [respons]. Den som gav tilbakemelding bekrefter og evt. supplerer med ytterligere informasjon inntil terapeut og tilbakemelder gir uttrykk for at de har kommet fram til en fellesforståelse av hvordan den fokuserte sekvensen i rollespillet så ut *fra tilbakemelderens perspektiv*.

Terapeuten forsikrer seg om at tilbakemeldingen er riktig forstått ved å reformulere innholdet med sine egne ord

Tilbakemeldingen ses av ingen parter som "riktig" eller "feil", men som et perspektiv blant andre perspektiver, og som et perspektiv som kanskje er nyttig, og kanskje ikke. Det er opp til den som rollespiller terapeut å vurdere om tilbakemeldingen har nytteverdi, gitt at nytteverdi alltid vurderes opp mot den terapeutiske handlingens intensjon. Hvis tilbakemeldingen umiddelbart oppleves å ha nytteverdi, så vil terapeuten kunne bruke tilbakemeldingen til å utøve mer effektive handlinger allerede i neste møte med en pasient. Tilbakemeldingen er uavhengig av umiddelbar nytteverdi uansett et perspektiv som terapeuten kan ta med seg og som kanskje kan ha nytteverdi en gang i framtiden. Læring er en prosess, akkurat som terapi er en prosess.

En tilbakemelding kan ha umiddelbar klinisk nytteverdi; i det minste vil den alltid bidra til å utvide vårt perspektiv

6.3.5. Positiv og negativ tilbakemelding

I oppstartsfasen av innføringen av feedbackbasert kollegaveiledning skal det defineres hvem av medarbeiderne som skal gi tilbakemelding, og om det skal gis positiv eller negativ tilbakemelding, bestemmes før rollespill settes i gang. Det viktige er at man skiller disse helt fra hverandre, og at man i tilbakemeldingsprosessen markerer når det er positiv tilbakemelding og når det er negativ tilbakemelding. Man kan også beslutte at noen gir en positiv tilbakemelding og noen gir en negativ tilbakemelding. Etter hvert som veiledningsformatet er innarbeidet i teamet vil man kunne åpne for at den som gir tilbakemelding velger mellom å gi positiv eller negativ tilbakemelding. Det er da funksjonaliteten av det som observeres som avgjør hva slags tilbakemelding terapeuten får. Vår erfaring viser imidlertid at det vil ta minst ett år før medarbeiderne er tilstrekkelig fortrolige med veiledningsformatet. Først må de lære å gi positiv og negativ tilbakemelding i "ren form", og gjennom dette lære seg å observere og identifisere funksjonell og mindre funksjonell terapeutatferd.

Positive og negative tilbakemeldinger holdes klart atskilte og skal aldri presenteres samtidig

Vi minner igjen om at i kybernetikken og i feedbackbasert

kollegaveiledning så er positiv og negativ verdinøytrale begreper. Både positiv og negativ tilbakemelding er gaver som gis fra kollegaer til kollegaer. Å gi tilbakemeldinger til hverandre på denne måten er også en kontinuerlig øvelse i perspektivtaking, en ferdighet som gjør oss mer fleksible. Slik blir vi også i bedre stand til å ta pasientens perspektiv, noe som ikke minst er viktig når vi arbeider med pasienter som ser både oss som terapeuter og det vi gjør fra helt andre perspektiver enn det vi gjør selv.

Feedbackbasert kollegaveiledning er en kontinuerlig øvelse i perspektivtaking

7. Implementering av Feedbackbasert Kollegaveiledning

7.1. Veiledning som fast rutine

For å komme i gang med veiledningen og få veiledningsformatet implementert som en fast rutine må det tas en beslutning i organisasjonen. Beslutningen bør være basert på involvering av medarbeidergruppen der man går noen runder vedrørende verdigrunnlag for arbeidet og målsettinger med implementering opp mot definerte, kollektive verdier. Når en beslutning om implementering er tatt må oppgaven med forvaltning av veiledningsstrukturen delegeres til noen som følger opp og leder veiledningen fra gang til gang og fra uke til uke. Det vil for de fleste organisasjoner være hensiktsmessig at dette i første omgang er behandlingsansvarlige, fagutviklere og personell med lederfunksjoner. Videre vil det være viktig at seksjonsleder eller enhetsleder informerer tydelig om den nye rutinen på programmet.

Implementering starter med lederforankring og involvering av personalgruppen

Feedbackbasert kollegaveiledning bør implementeres som en fast rutine, minst to ganger i uken, helst tre. Hvis veiledningen gjennomføres sjeldnere vil ikke læringseffekten fortløpende styrkes og konsolideres. Her må vi huske at det er innlæring av arbeidsformen med tilbakemelding og perspektivtaking som vil gi utslag på progresjonen i terapiforløpene. Innledningsvis vil de fleste si at det ikke er tid til så mye veiledning. Man vil imidlertid fort erfare at ved å bruke tid til feedbackbasert kollegaveiledning vil man både skape rom og tid for å drive mer effektiv behandling. Vår erfaring viser at hyppigheten av atferdsforstyrrelser på avdelingen vil bli redusert, arbeidet vil gjennom veiledningen bli bedre koordinert, og man vil se mer progresjon i behandlingsprosessene.

Feedbackbasert kollegaveiledning vil ta litt tid; og spare inn det mangedobbelte

Vi legger her til noen forutsetninger som vi erfaringsmessig ser er nødvendig for å sikre implementeringsprosessen. Veiledningen skal aldri avlyses, men alltid gjennomføres som bestemt. Dersom man avlyser en veiledning fordi det skjer mye på posten eller fordi det er få folk på jobb så glipper rutinen. Medarbeidere vil da begynne å spørre: "skal det være veiledning i dag". Eller noen vil si: "Det er så få folk i dag ... vi får vel ikke mulighet til å drive med veiledning da". Slike spørsmål og utsagn bidrar til å underminere rutinen og svekke prioriteringen av veiledning. Veiledning skal prioriteres. Punktum. Hvis det er mye styr og ståk på avdelingen så vil veiledning bidra til at personale håndterer dette mer hensiktsmessig. Selv om det bare er 3 personer som har anledning til å delta i veiledningen så er det tilstrekkelig til at to kan rollespille og en gi tilbakemelding. Ofte så vil de som deltar i en slik veiledningsøkt få veldig mye ut av rollespill og tilbakemeldinger. I et langsiktig perspektiv vil prioritering av tid til feedbackbasert kollegaveiledning være en nyttig bruk av ressurser. Personalet vil gjennom det de erfarer og lærer i veiledningen kunne forebygge det meste av det som for alle ser ut til å spise opp tiden i hverdagen.

Strukturen må holdes over tid inntil veiledningsformatet er implementert og veiledningen går av seg selv

7.2. Hvem skal delta i veiledningen?

I psykisk helsevern er vi organisert i et hierarki, og ulike faggrupper har sine faglige møtepunkter med kollegaer med samme utdanning. Psykologer og psykiatere kan komme til å prioritere andre faglige fora som de mener er viktigere, og sykepleiere vil kunne si at veiledningen først og fremst er for terapeuter. Når det gjelder integrert døgnbehandling vil dette nødvendigvis være en feilslutning. I BET er alle terapeuter. Se listen over basisferdigheter ovenfor. Alle skal kunne og beherske disse. Sykepleiere og andre miljøterapeuter som ønsker det får i BET-programmet roller som ko-terapeuter som har egne terapisaamtaler med pasientene. Ko-terapeutene skal også opplæres og trenes i spesialiserte ferdigheter. Dette betyr at alle som er involvert i pasientarbeidet deltar i veiledningen som likeverdige aktører. Felles deltakelse er en del av poenget; vi er kollegaer som gir hverandre gaver og spiller hverandre gode. På en døgnavdeling skal det gjerne være en eller to utevakter, alt ettersom hva som er definert som nødvendig rutine. Hvem som skal være ute under veiledningen bør bestemmes om morgenen. Alle andre deltar i veiledningen. Hvis man er mange deltakere så vil det være hensiktsmessig at man veksler på å gi tilbakemelding slik at det ikke blir for overveldende og uoversiktlig for den som rollespiller terapeut og tar imot tilbakemeldingene. 4-5

Alle som er involvert i pasientarbeidet deltar i veiledningen

Kollektiv deltakelse og kollektiv innsats gir positive synergieffekter inn i arbeidsmiljøet

tilbakemeldinger på et rollespill er et passende antall.

7.3. utfordringer som typisk dukker opp under veiledning

Når det legges opp til feedbackbasert kollegaveiledning vil det dukke opp en rekke utfordringer for de som skal implementere og lede veiledningen. Det vil nødvendigvis ta tid før disse utfordringene er håndtert og veiledningsprosedyren går av seg selv med engasjert deltakelse fra alle medarbeidere. Første utfordring er å komme i gang med rollespill. Mange medarbeidere vil vegre seg for å rollespille. Ved at de som synes det er mindre skummelt å bli observert i aksjon kaster seg frampå senkes terskelen for å rollespille. Man bør også holde de kollektive verdiene høyt, og tydeliggjøre hva slags forpliktende handlinger som er forenelig med disse verdiene. Vi må også huske at helsepersonell ofte forventer mer av dårligfungerende pasienter enn de forventer av seg selv. Terapi kan være fryktelig skremmende og ubehagelig. Vi kan, ved å velge å utsette oss selv (for et mye mindre) ubehag, gjøre oss i bedre stand til å hjelpe de vi skal hjelpe.

Mange vil til å begynne med vegre seg mot å rollespille

Den neste utfordringen er å gi atferdsformulerte tilbakemeldinger uten innpakning. Mange av oss har en tendens til å måtte si noe positivt før vi evt. kommer med noe negativt, og noen føler behov for å unnskyldes seg for i det hele tatt å ha et synspunkt på noe som helst. Å gi uinnpakkede tilbakemeldinger må være et hovedfokus i første fase av implementeringen. Videre vil man oppleve at medarbeiderne snakker i mentale begreper, sånn som "flink", "varm", "bra" og "mindre bra". Det vil ta tid før alle kun snakker om det som kan observeres, dvs. det vi ser og det vi hører. Lederen av veiledningen har som oppgave å fremme en atferdsdialog mellom den som gir og den som mottar tilbakemelding ved å nennsomt peke på bruken av mentale begreper. Den som mottar tilbakemeldingen har her en oppgave med å stille spørsmål som inviterer til handlingssvar. Utforskningen av tilbakemeldingen avsluttes ikke før det er tydelig hva terapeuten faktisk gjorde og hvordan pasienten faktisk responderte.

Folk flest er vant til å si noe positivt før de skal gi noen en negativ tilbakemelding

... og å snakke i mentale begreper

Og fordi vi er lite vant med atferdspråk så vil vi kunne avslutte utforskningen før vi har forstått tilbakemeldingen

Mange medarbeidere vil slite med å ta imot tilbakemeldinger og utforske disse. Når vi rollespiller føler vi oss eksponerte og ubeskyttede og vi får gjerne et behov for å få det hele overstått. Da kan gullkornene bli borte i travelheten med å beskytte seg. Bruk tid på utforskning, og husk at hvis dine kollegaer som utforsker bruker mer tid enn deg så er det kanskje fordi tilbakemeldingen ikke var så klar og tydelig som den burde eller kunne vært.

Ikke ha det for travelt; da kan du gå glipp av viktige observasjoner

I første fase av implementeringen vil det være hensiktsmessig å jobbe ensidig med positiv tilbakemelding. Dette fordi det er lettere for både de som skal gi og motta tilbakemelding å fokusere på det som fungerer. Her ligger imidlertid en viss risiko for at det gis positiv tilbakemelding på terapeutiske handlinger som viser seg å ikke være funksjonelle *ut fra et BET-perspektiv og ut fra intervensjonens intensjon*. Altså, den som gir tilbakemelding avleser en progressiv respons ut fra et annet perspektiv enn BET. Dette kan lett skje dersom medarbeideren ikke er inneforstått med hva som er formålet med BET og intensjonen med de ulike intervensjonene. Et typisk eksempel her er at observatøren ser og hører at pasienten "snakker mer, forteller mer" (er mer "åpen" og "viser mer tillit"). At pasienten snakker mer og forteller mer er ikke en målsetting i BET. At det utvikler seg en verbal dialog mellom terapeut og pasient kan like gjerne være en intellektualisering, eller at man havner inn i fortellinger om traumeerfaringer. Dette har pasienten som oftest vært igjennom før, mange ganger, uten at det har resultert i noe annet enn vedlikehold av funksjonssvikt. Fra et "konvensjonelt" terapeutisk perspektiv kan det se ut som en progressiv respons, men fra et BET-perspektiv vil en slik utvikling av dialogen være hemmende på terapiprosessen. Her har lederen av veiledningen en oppgave med å balansere sitt fokus på innholdet i veiledningen og veiledningens form.

Selv om tilbakemeldingene "ikke treffer" så handler veiledningen også om å trene på det å gi tilbakemelding. Dette betyr at man i en periode lar ting passere for at personalet skal venne seg til å gi og ta i mot tilbakemeldinger fra sine kollegaer. Parallelt vil det være nyttig å alltid tydeliggjøre intensjonen med handlingen før rollespillet settes i gang. Dette er lettest og mest naturlig når man trener på prototypeintervensjoner. Se beskrivelser i oversikten over ferdigheter som skal læres. Når man etter hvert begynner å introdusere korrigerende tilbakemeldinger vil man forøvrig se en tendens til at dette balanserer seg selv. Hvis enkelte "glipper" på å gi en tilbakemelding i tråd med intensjonen bak handlingen så vil andres BET-forenelige tilbakemeldinger bringe arbeidet tilbake på riktig spor. En ny utfordring som kan oppstå da er at medarbeiderne opplever at det gis positiv og negativ tilbakemelding på samme terapeutiske handling. Dette viser perspektivtakning i praksis, noe personalet blir fortrolige med etter hvert. Det som er viktig er at hver enkelt snakker ut fra sitt perspektiv, og at tilbakemeldingene er forankret i den forståelsen av behandling av psykiske lidelser som ligger til grunn for BET og KYR. Når feedbackbasert kollegaveiledning brukes i andre

I oppstartsfasen arbeider teamet kun med positive tilbakemeldinger

Aldri glem at tilbakemeldinger gis opp mot handlingens intensjon

Implementering er en prosess der vi må være romslige og aksepterende uten at det går på bekostning av det vi skal implementere

behandlingskontekster må selvsagt tilbakemeldinger baseres på intensjonen med de terapeutiske handlingene innenfor den aktuelle behandlingsmodellen.

7.4. Implementeringskvalitet

Nytteverdien og effekten av Feedbackbasert kollegaveiledning avhenger av implementeringskvalitet. Høy implementeringskvalitet fordrer at det tverrfaglige teamet har gått de nødvendige rundene med avklaring av et felles sett av verdier og at ledelsen tar ansvar og tilrettelegger for at implementeringsarbeidet kommer i gang. Utfordringer som dukker opp må håndteres umiddelbart og fortløpende slik at teamet ikke drar med seg uvaner videre inn i arbeidet (Heggdal og Svergja, 2014). Forvaltningen av veiledningsformatet bør i første omgang sikres ved at behandlingsansvarlige og de med formaliserte lederfunksjoner leder arbeidet. Hierarkiet legges så fort som mulig ned og implementeringsarbeidet kan sies å være fullført når veiledningen forvaltes av en gruppe autonome medarbeidere i en flat struktur. Det å innføre feedbackbasert kollegaveiledning er i seg selv å implementere et selvgående system for sikring av implementeringskvalitet, og da også en kvalitetssikring av de tjenestene vi tilbyr våre pasienter.

Gjennom å tilrettelegge for veiledning i en flat struktur sikrer vi også implementeringskvalitet

8. Oppsummering og avslutning

Som beskrevet innledningsvis er feedbackbasert kollegaveiledning et generelt anvendelig veiledningsformat. Når vi går helt ned på handlingsdetaljer i en klinisk sett praksisnær rollespillsituasjon har vi muligheten til å utforske, prøve ut og lære oss konkrete ferdigheter og hvordan vi fortløpende kan avlese funksjonen av våre intervensjoner. Vi skal i vårt arbeide kunne beskrive handlingens intensjon, selve handlingen og så utføre handlingen og avlese om effekten var i tråd med intensjonen. I feedbackbasert kollegaveiledning blir samsvar og avvik tydelig, og vi kan hjelpe hverandre til å være de gode hjelperne vi ønsker å være. Veiledningsformatet blir således også en adherence-prosedyre behandlingsteamet forvalter i en flat, egalitær struktur (Heggdal og Svergja, 2014).

Feedbackbasert kollegaveiledning hjelper oss til å bli gode observatører og til å snakke om det som skjer i et handlingsspråk

I manualen har vi gått gjennom verdigrunnlaget for bruk av veiledningsformatet. Har vi ikke en felles verdiforankring så vil tilbakemeldingsprosedyrene bli forstyrret av at medarbeidere har andre agendaer enn å hjelpe hverandre til å bli bedre terapeuter. Videre har vi presentert kybernetikk som en metaforisk, pedagogisk modell for kompetanseutvikling og internalisering og kalibrering av terapeutisk grunnholdning. Grunnholdningen i BET og KYR er beskrevet som en nødvendig basis for at intervensjonene skal tjene sin hensikt. En rekke sentrale terapeutiske verktøy som skal læres og trenes på er listet opp.

Felles verdiforankring er en forutsetning for at vi kan hjelpe hverandre til å bli gode hjelpere

Den store utfordringen er implementering, dvs. å komme i gang med veiledningen og etablere feedbackbasert kollegaveiledning som en fast rutine. Helsepersonell i Norge er i liten grad vant til å jobbe tverrfaglig i en flat struktur, og for mange vil det være nytt å skulle bære strukturer og prosedyrer i fellesskap. Veiledningsformatet som er beskrevet i manualen vil kunne bidra til fremdrift i det kliniske arbeidet og styrke arbeidsfellesskapet på din arbeidsplass. For å komme i gang er det avgjørende at linjeledere og faglige ledere tar en beslutning om å gjennomføre en systematisk implementering og involverer alle medarbeiderne, både i beslutningsprosessen og i selve implementeringsarbeidet (Heggdal og Svergja, 2014).

Implementering starter med en beslutning i ledelsen som er basert på involvering av hele personalgruppen

Referanser

- Balint, M. (1968). *The basic fault: therapeutic aspects of regression*. London: Tavistock Publications.
- Bateson, G. (1985). *Mind and nature: a necessary unity*. London: Flamingo Books.
- Crittenden, P. M. (2008). *Raising parents: Attachment, parenting and child safety*. Cullompton, Devon: Wilan Publishing.
- Heggdal, D., Hammer, J., Alsos, T. H., Malin, I. og Fosse, R. (2014). "Jeg skjønnte at det ikke var det at jeg hadde valgt å bli syk, men at jeg kan velge nå" - Erfaringer med å få og ta ansvar for bedringsprosessen og sitt eget liv gjennom Basal eksponeringsterapi (BET). *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid* (in press).
- Heggdal, D.: Basal eksponeringsterapi. Grunnleggende prinsipper og retningslinjer, versjon 2.0. SPS, 2012.
- Heggdal, D.: Basal eksponeringsterapi. Etablering av arbeidsallianse – veileder med eksempler. SPS, 2009.
- Heggdal, D.: Basal eksponeringsterapi. Teoretisk forankring del 1 – Kybernetikk som grunnlag for forståelse og intervensjon, versjon 1.2. SPS, 2010
- Heggdal, D.: På vei til et liv det går an å leve - om Basal eksponeringsterapi (BET). *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, [Vol 48, nummer 4, 2011, side 344-349](#)
- Heggdal, D., Lillelien, A., Johnsrud, S.S., Paulsen, C.D.: Basal eksponeringsterapi - En vei inn til seg selv og ut til et liv det går an å leve. *Dialog* nr. 4, 2013, side 7-19 <http://seprep.no/wp-content/uploads/2012/03/Basal-eksponeringsterapi-Heggdal-et-al.pdf>
- Heggdal, D., Svergja, T.: Basal Eksponeringsterapi. Implementeringsmanual, versjon 1.1. SPS, 2014.
- Helsedirektoratet (1999). Lov om helsepersonell m.m. (Helsepersonelloven).
- Joyce, B. Showers, B.: *Student achievement through staff development*. 3rd ed. 2002.
- Laing, R. D. (1965). *The divided self*. London: Pelican Books.

Polk, K. L. and Schoendorff, B., Eds., (2014). *The ACT Matrix: A New Approach to Building Psychological Flexibility Across Settings and Populations*. New Harbinger Publications.

Sartre, J. P. (1956). Existentialism is a humanism. In W. Kaufman (Ed.), *Existentialism: From Dostoevsky to Sartre* (side 287-311). New York: Meridian Books.

Scott Fraser, J., & Solovey, A. D. (2007). *Second-order change in psychotherapy: The golden thread that unifies effective treatments*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Sosial- og helsedirektoratet (2008). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern.

Stormbo, D., Hammer, J., Borgejordet, S. og Heggdal, D., 2014. Basal eksponeringsterapi i møte med lært hjelpeløshet og splitting. *Psykisk helse og rus*, nr. 2-2014, side 12-17.

Sørli, M-A., Ogden, T, Solholm, R., og Olseth, A. R. (2010). *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 47, nummer 4, side 315-321.

Watzlawick, P., Weakland, J., & Fish, F. (1974). *Change. Principles of problem formation and problem solutions*. New York: W. W. Norton.

Wilson, D. S., Ostrom, E., & Cox, M. E. Generalizing the core design principles for the efficacy of groups. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 90S (2013) side 21–S32.