

«Åpen dialog bak lukkede dører» Behandleres erfaringer med Åpen Dialog i nettverksmøter ved en lukket psykiatrisk avdeling

Jacobsen, R. & Karlsson, B. E.

Spesialpsykiatri - Akershus universitetssykehus HF
Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag - Universitetet i Sørøst-Norge

Accepted version of article in
Fokus på familien, 47(1), 57-73.

Publisher's version:

DOI: <http://dx.doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2019-01-05>

© Universitetsforlaget 2019

Sammendrag:

Åpen dialog i nettverksmøter er en dialogbasert, relasjonsorientert tilnærming som tilbys innlagte pasienter ved en lukket psykiatrisk avdeling. Tidligere forskning om Åpen dialog fokuserer på akutte psykiske kriser med formål å forhindre forverring av krisen samt mobilisering av pasientens nettverk. Artikkelen viser en annen kontekst hvor Åpen dialog i nettverksmøter praktiseres i samarbeid med en ny gruppe pasienter og deres nettverk. Artikkelen utforsker og beskriver behandleres erfaringer med Åpen dialog i nettverksmøter i denne konteksten. Studien er en kvalitativ med ett deskriptivt og eksplorativt design med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Det er gjort et utvalg av behandlere ved avdelingen, og fokusgruppeintervju benyttes for dataskaping. Dataanalyse er gjennomført gjennom systematisk tekstkondensering. Behandlerne beskriver sine erfaringer med Åpen dialog i nettverksmøter som annerledes enn ved tradisjonell behandling. Symptomtrykket ikke er avgjørende for gjennomføring av nettverksmøtene. Både pasienter og pårørende er mer engasjert og tar medansvar for hele behandlingen. Når miljøterapeuter leder nettverksmøtene erfarer behandlerne å bli mer delaktige i en felles prosess i samtalene. Åpen dialog i nettverksmøter er av vital betydning for pasienter i en lukket psykiatrisk avdeling, og kan benyttes med relevans i en ny kontekst enn det tidligere forskning viser.

Nøkkelord: nettverksmøter, åpen dialog, kvalitativ metode, alvorlig psykisk lidelse, døgntilnærming

Abstract

Open dialogue in network meetings is an approach focusing on dialogues and relations. The treatment is offered to all inpatients and their network in a closed psychiatric hospital ward. Previous research on Open dialogue relates to acute crises in order to prevent crises to increase and to mobilize the social network. The article describes therapists' experiences with the approach in a new context. The study explore and describe how therapists experience Open dialogue in network meetings with inpatients who suffer from severe mental illness. The article is based in a qualitative study, applying a phenomenological-hermeneutical approach with an explorative and descriptive design. A selection of therapists are participating. The data is collected through a focus group interview, and analyzed through systematic text condensation. Therapists experiences Open dialogue different from ordinary treatment. They experience that severity of symptoms is not crucial to participate in network meetings. Both patients and their relatives are more engaged in the treatment and take joint responsibility in the network meetings. When nurses and social workers are leading the meetings, the therapists become more engaged in a common process in the meeting. The therapists experience Open dialog in network meetings as of significance for inpatients with severe mental illness.

Keywords: network meetings, open dialogue, qualitative method, severe mental illness, inpatient treatment

Behandlernes erfaringer med Åpen dialog bak lukkede dører (1)

Introduksjon (2)

Ved en lukket psykiatriske avdeling ble det i 2010 etablert tilnærmingen og praksisen «Åpen dialog i nettverksmøter». Dette er en relasjonsorientert og dialogbasert praksis som siden den gang har vært i prosess og utvikling. Vår tilnærming «Åpen dialog i nettverksmøter» er basert på forskning om og praksiser med bruk av Åpen dialog i Finland (Seikkula, 2000; Seikkula et.al, 2006; Seikkula & Arnkil, 2007, 2013; Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2011; Aaltonen, Seikkula & Lehtinen, 2011). Opprinnelsen til Åpen dialog er å finne i tradisjonen relasjonsorientert og dialogbasert familieterapi. Alt terapeutisk (sam-)arbeid startes og utvikles sammen med familiene. Det primære fokuset med Åpen dialog er å legge til rette for dialoger og relasjonelle møter mellom de ulike deltakerne i pasientens nettverk. Et sentralt siktemål er å utvikle og etablere felles rom for å kunne samtale om ulike vansker som har oppstått. Man møtes, deler erfaringer og følelser, skaper et felles språk ved å være til stede, delta, lytte og å være åpen for å la seg berøre av det som det tales om (Seikkula & Arnkil, 2013). Forskning knyttet til Åpen dialog har utledet syv hovedprinsipper: 1. Øyeblikkelig hjelp, 2. Sosialt nettverksperspektiv, 3. Fleksibilitet og mobilitet, 4. Teamets ansvar, 5. Psykologisk kontinuitet, 6. Toleranse for usikkerhet, og 7. Dialogisme som samtaleform (Seikkula & Arnkil, 2007). I løpet av de siste tyve årene har mange fagmiljøer i Norden blitt inspirert og startet med Åpen dialog i ulike praksiser. Arbeidene som først startet i Finland, har fått mange tilpasninger i forskjellige behandlingskontekster (Heskestad & Rosengren, 2012). I Norge har man i Tromsø, Valdres og Agder etablert miljøer med fokus på utvikling og forskning om tilnærmingen (Seikkula & Arnkil, 2007; Vigrestad & Hellandshølen, 2012; Hopfenbeck, 2014; Brottveit, 2013; Bøe, 2016; Holmesland, 2016).

Vår kontekst (3)

Metaforen "Åpen dialog bak lukkede dører" er ment å vise til vår kontekst hvor Åpen dialog har blitt utviklet og praktisert i en lukket psykiatriske sykehusavdeling. Avdelingen består av 3 lukkede psykoseposter, herav en sikkerhetspost. De fleste pasienter beskrives som å ha en alvorlig psykoselidelse og er oftest innlagt med bruk av tvang. Mange har i tillegg rusavhengighetslidelse og /eller voldsproblematikk. Avdelingen har fokus på struktur og

sikkerhet, og er hierarkisk oppbygd der leger i spesialisering, psykologer og psykiatere er behandlere for inneliggende pasienter. Sykepleiere og Miljøterapeuter med utdanning som vernepleiere, sosialarbeidere m.m., er miljøpersonell som bistår og deltar i behandlingen. Personalet går alltid med alarm for å kunne ivareta hverandre og pasienter i vanskelige situasjoner. Det er i denne konteksten pasientene inviterer sitt sosiale nettverk til Åpen dialog i nettverksmøter. Møtene foregår oftest i avdelingens lokaler hvor pasientene er innlagt.

Forskning om Åpen dialog fra Finland viser til en annen kontekst knyttet til akuttpsykiatriske sykehusavdelinger. Her er praksis at man inviterer til nettverksmøter innen 24 timer fra pasienten er blitt innlagt. Pasientgruppen er unge voksne som erfarer psykose for første gang. Målet er å forhindre at den akutte psykosen forverres med påfølgende langvarig innleggelse i sykehus. Mobilisering av og samarbeid med pasientens sosiale nettverk er en sentral tilnærming i dette samarbeidet (Seikkula, 2000; Seikkula & Arnkil, 2007, 2013). Vår tilnærming praktiseres annerledes. Vi er i kontakt med pasientene først når de er innlagt på avdelingen. Pasientene har som oftest hatt flere akuttinnleggelser bak seg, og opplevd psykose over tid. Nettverksmøtene for våre pasienter initieres langt senere enn den tidligere refererte finske forskningen. Ved vår avdeling er det sykepleiere og miljøterapeuter som er møteledere i nettverksmøtene. Ikke behandlerne. I Finland og i andre miljøer er det behandlerne som leder møtene. Vi har i arbeidet med denne artikkelen, gjennom ulike litteratursøk, ikke evnet å finne publisert forskning gjennomført i en tilsvarende kontekst som vår. Det samme gjelder vår måte å praktisere den åpne dialogen i nettverksmøter på.

Hensikten med denne artikkelen er å utforske, beskrive og systematisere de erfaringer behandlerne ved en lukket psykiatrisk avdeling har gjort med bruk av Åpen dialog i nettverksmøter.

Metode (2)

Artikkelen bygger på en kvalitativ studie med ett deskriptivt og eksplorativt design, forankret i en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming (Kvale & Brinkmann, 2015). Utvalget var strategisk. Inklusjonskriteriene var behandlere, ansatt i minimum 6 måneder og med erfaring fra minst 3 nettverksmøter. Datainnsamlingen ble gjennomført ved et fokusgruppeintervju der fem behandlere deltok. En temaguide var utarbeidet, og ikke styrende for intervjuet. Deltakerne fikk muligheten til å snakke fritt om sine opplevelser og erfaringer med Åpen dialog i nettverksmøter ved avdelingen. Intervjuet ble gjennomført høsten 2015, og ble tatt

opp på bånd. Hele intervjuet ble transkribert av førsteforfatter. Data ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering (Malterud, 2011). Analysemetoden består av fire trinn. Første trinn handler om å få et helhetsinntrykk av teksten. Deretter identifiseres meningsdannende enheter. Så abstraherer man innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene. Til slutt sammenfatter man betydningen av disse i en analytisk tekst. Teksten representerer resultatene i forskningsprosjektet. Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) og av personvernombudet ved gjeldende sykehus.

Resultater (2)

I det følgende presenteres funnene i tre hovedtemaer: 1. Nettverksmøter som arena for dialogisk og relasjonelt samarbeid, 2. Ledelse av nettverksmøter, 3. Nettverksmøter med pasienter som erfarer alvorlig psykisk lidelse.

Nettverksmøter som arena for dialogisk og relasjonelt samarbeid (3)

Alle informantene trakk frem viktigheten av å ha tid til refleksjon i nettverksmøtene. De opplevde at reflekterende samtaler fremmet endring og ga muligheter for å se nye løsninger. Ved hjelp av refleksjon fikk de økt kunnskap om pasienten og dennes nære relasjoner. Informantene følte at man mistet noe viktig og betydningsfullt når refleksjonen ikke fikk tid og rom til å bli lyttet til og slik forsøkt forstått. De dialogiske refleksjonene i nettverksmøtene ble trukket frem som annerledes enn i andre terapeutiske sammenhenger.

Flere informanter beskrev de første nettverksmøtene som krevende og fylt med relasjonelle affekter. De opplevde at deltakerne lærte å snakke sammen og tåle affektene uten at møtene måtte avsluttes. Informantene erfarte at nettverksmøtene var velegnede relasjonelle læringsarenaer for pasienter og pårørende. De opplevde at møtene ga muligheter for at dialoger mellom pasient og pårørende skulle fortsette etter utskrivelse. Informantene erfarte at alle deltakerne i nettverksmøtet tok ansvar for møtets samtaler om innhold og løsninger. De opplevde at alle deltakerne var mer likeverdige i nettverksmøtet sammenliknet med tradisjonelle møter. Pårørende fikk større muligheter for å være en aktiv part i behandlingen. De opplevde at pårørende fikk snakke om temaer de var opptatte av, og at de tok medansvar for løsningene. Informantene opplevde at nettverksmøtene ivaretok pårørende slik at de kunne snakke om den frustrasjon og fortvilelse som de ofte bar på. Slik var informantene opptatt av at nettverksmøtene var en god arena for pårørende.

Ledelse av nettverksmøter (3)

Flere av informantene beskrev sine ønsker om å ha trygge og erfarne møteledere. De opplevde ofte usikkerhet i forhold til egen rolle når møtelederne var vage, utydelige eller uerfarne. Flere av informantene bekreftet at de følte et ansvar for gode møter forstått som at samtalerne var rettet mot samarbeid og dialog. De ble usikre på egen rolle når nettverksmøtene ikke hadde tydelig ledelse. Dette var fremtredende hos de med minst erfaring med Åpen dialog i nettverksmøter. Informantene mente personlig egnethet hos møteleder var viktig. Egnede møteledere ble beskrevet som reflekterte, passe tilbaketrukket og med evne til å lese situasjoner og relasjoner. De sørget for at alle stemmer ble invitert inn i samtalerne og lyttet til. Flere informanter beskrev behov for å intervenere i nettverksmøter der de opplevde at møtelederne ikke fanget opp viktige uttalelser fra de som deltok. Selv om de ikke intervenerte eller tok ledelsen, opplevde de en usikkerhet om hvor aktive eller tilbaketrukket de skulle, eller kunne være. Informantene beskrev at usikkerheten ikke nødvendigvis bare handlet om møtelederne, men om møtets uavante struktur og innhold. De var åpne på at egne behov for å intervenere kunne være årsaken til at de ikke alltid klarte å sitte i ro og la møtene gå sin gang. Det ble beskrevet som utfordrende å komme fra en instruktiv, metodisk hverdag, til plutselig å omstille seg, gi fra seg kontrollen, og i større grad sitte og lytte til andre personer og deres ulike dialoger.

Det var bred enighet om at det opplevdes som godt at sykepleiere og miljøterapeuter ledet nettverksmøtene. Som behandler er man vant til å være den førende part i samtaler. I nettverksmøtene behøver de ikke å være det. I perioder kan behandlerne være tilbaketrukket og observere de andre deltakerne. Det gav en større frihet. De fikk mulighet til å observere og ta del i møtene på en annen måte enn om de selv skulle ledet møtene. Informantene opplevde at man som deltaker hadde større mulighet for å fokusere på innholdet og relasjonene i møtene. Ved å delta på lik linje med de andre deltakerne opplevde informantene at de ikke lengre behøvde å forsvare behandlingen eller systemet de arbeidet under. De kunne bruke tiden til å delta, se, lytte og lære mer om pasienten og dennes nettverk. Nettverksmøtene ble slik en kilde til informasjon.

Nettverksmøter med pasienter som erfarer alvorlig psykisk lidelse (3)

Informantene opplevde ingen sammenheng mellom pasienters symptomtrykk og hvordan nettverksmøtene fungerte. Pasienter som opplevde og erfarte sterke psykotiske symptomer

kunne fungere godt i nettverksmøter. Personlig egnethet hos møtelederne og teamets samarbeid hadde større innvirkning på møtene, samtalene og relasjonene. Informantene mente det var viktig å ha nettverksmøter med de pasientene som opplevde størst lidelsestrykk fordi nettverket som oftest er veldig preget av situasjonen. De erfarte at det var viktig for pasienten og nettverket å snakke sammen og være sammen midt i krisen. Det var nettopp da pasienten og nettverket trengte det mest. Informantene erfarte at pasientene oppførte seg annerledes i nettverksmøtene enn i avdelingen. Pasientene ble opplevd mer aktive, og deres ressurser kom tydeligere frem. Behandlerne opplevde å få et mer nyansert bilde av pasienten, nettverket og de ulike innbyrdes relasjonene. Informantene hadde erfart mange tøffe møter. De opplevde at de selv, pasienten og dennes nettverk likevel hadde mye igjen for møtene. Ønsket pasienten nettverksmøter gjennomførte man møtene uavhengig av lidelsestrykk. Det kom flere beskrivelser av nettverksmøter med pasienter som hadde størst lidelsestrykk. Ingen informanter hadde opplevd møtene som uegnede av den grunn.

Funnene viser til en diskusjon blant informantene om vår tilnærming er egnet for alle pasienter. Finnes det tilfeller der man ikke burde gjøre bruk av denne tilnærmingen? Flere av informantene hadde erfaringer der de var usikre på nytten av enkelte nettverksmøter. Noen undret seg over hensiktsmessigheten i de tilfellene man ikke opplevde bedring i situasjonen for pasienten. Flere mente at man underveis burde vurdere om man skulle fortsette møtene der man ikke så noen nytte av møtene. De henviste til nettverksmøter der både behandlingsteamet og nettverket var fortvilet og ikke fikk til noen endring. Samtidig så informantene viktigheten av at pasient og nettverk hadde en arena hvor de kunne snakke om vanskelige situasjoner og relasjoner. Informantene var enige om at nytteverdien av nettverksmøtene kunne vise seg senere. Ikke nødvendigvis i selve møtet, eller rett i etterkant, men over tid. Nettopp fordi man først kunne se virkningen ett år senere, ville en vurdering om å avslutte enkelte nettverksmøter på grunnlag av manglende nytte, være vanskelig å ta.

Diskusjon (2)

Basert i overnevnte funn fra studien vil følgende to temaer diskuteres: 1. Åpen dialog i nettverksmøter med pasienter som erfarer alvorlig psykisk lidelse, og 2. Behandlernes relasjoner og roller i Åpen dialog i nettverksmøter.

Åpen dialog i nettverksmøter med pasienter som erfarer alvorlig psykisk lidelse (1)

I kontakt med andre behandlingskulturer og fagfolk har vi blitt møtt med at Åpen dialog ikke

er mulig å praktisere på en lukket psykiatrisk avdeling. Dette fordi pasientene er for preget av sin langvarige psykotiske tilstand. Studien viser ingen direkte sammenheng mellom pasienters symptomtrykk og nettverksmøtenes funksjon og struktur. Pasientenes psykiske tilstand var ikke avgjørende for om nettverksmøtene fremsto som gode eller gjennomførbare knyttet til det dialogiske og relasjonelle samarbeidet. Om pasienter skulle presentere uforståelige eller psykotiske uttalelser i et nettverksmøte, legges forholdene til rette for å kunne samtale om dette. Seikkula og Arnkil (2013) skriver at man skal lytte, være nysgjerrige og utforske språklige uttrykk som omtales som psykotiske i nettverksmøter. Å gi rom for, og lytte til disse tidvis uforståelige og ulogiske stemmene, kan bidra til å skape en forståelig og håndterbar helhet både for pasienten og nettverket. Å kunne uttrykke de språklige metaforene eller mulige hallusinasjonene, kan bidra til at pasienten får satt ord på viktige temaer knyttet til sine tidligere erfaringer (Seikkula og Arnkil (2013). Slik skapes en dialogisk atmosfære og relasjonell holdning for at alle typer ytringer er mulige og verdifulle i nettverksmøtet. Gjennom forskning om Åpen dialog i Finland har man funnet at psykotiske ytringer og innhold avtar gjennom nettverksmøter. Pasienten får hjelp til å skape en nytt, verbalt språk for sterke følelsesmessige opplevelser som tidligere kom til uttrykk som psykotiske ytringer (Seikkula et.al., 2006; Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2011; Aaltonen, Seikkula & Lehtinen, 2011). For å utvikle helbredende dialoger må alle deltakerne føle seg hørt (Karlsson & Borg, 2013). I den åpne dialogen kan det skapes ett felles språk mellom deltakerne i møtet (Seikkula & Arnkil, 2013). Slik får pasienten nye erfaringer og en mulighet til å bli bedre kjent med seg selv. Når nettverket deltar og er involvert i disse prosessene vil opplevelsen av tilhørighet og egen betydning kunne bli styrket. Man samles og er sammen om, og i det som er vanskelig. Helbredende dialoger kan være en forklaring på at Åpen dialog i nettverksmøter oppleves som hjelpsom og nyttig også for de alvorlig psykisk lidende pasientene i vår kontekst. Studien viser at relasjonen mellom pasient og nettverk ble revitalisert gjennom den åpne dialogen i nettverksmøtet. Nettverket og pasienten fant nye løsninger på vanskelige problemstillinger ved at de begynte å snakke sammen igjen og kunne forholde seg relasjonelt til hverandre.

Studien viser at nettverksmøtene gir muligheter som ikke oppleves i tradisjonelle møter. Møtene gir tilgang til ny og annerledes informasjon som kan komplementere bildet som har dannet seg av pasienten og dennes nettverk. Ressursene kom tydeligere frem og pårørende fikk mulighet for å ta del i behandlingen. De blir medansvarlige for løsningene gjennom sin deltakelse og tilstedeværelse i møtene. Familien er alltid relevant i et behandlingsperspektiv (Seikkula & Arnkil 2007; 2013). Når de profesjonelle er i kontakt med pasientens nettverk

opplever ofte fagpersoner at mange brikker faller på plass i forhold til forståelsen av pasienten. Mange opplever at vansker med samarbeid avtar og får ny giv (Seikkula & Arnkil, 2013). Funnene i denne studien bekrefter dette ved at pasienten fremstår i ett annet lys for behandlerne. Det skjedde også en endring hos pårørende når de fikk anledning til å delta i nettverksmøtene. De ble beskrevet som engasjerte og samarbeidende, og hadde informasjon og ideer som gav viktige bidrag i behandlingen. Studien viser at når vanskeligheter og frustrasjoner løftes frem og italesettes, får de tilstedeværende en mulighet til forstå og endre sine gjensidige opplevelser av hverandre gjennom den åpne dialogen. Det kan skapes et grunnlag for utvikling av relasjonell tillit, et fellesskap og felles mål. Disse mulighetsbetingelsene er kanskje ikke like fremtredende i andre tradisjonelle samarbeidsfora. Studien viser at dette kan være en av årsakene til at behandlerne erfarte Åpen dialog i nettverksmøter som virksom ovenfor pasientgruppen vi samarbeider med.

Behandlernes relasjoner og roller i Åpen dialog i nettverksmøter (2)

Studiens funn viser til positive erfaringer med at sykepleiere og miljøterapeuter ledet nettverksmøtene. Behandlerne hadde større faglig og relasjonell frihet enn om de selv hadde ledet møtene, og kunne konsentrere seg om å være deltakere. Vanligvis er det behandlerne som er møteledere av nettverksmøtene. I følge Brottveit (2013) stilles de profesjonelle hjelperne overfor en krevende relasjonell balansegang når de både skal ha en aktiv tilretteleggerrolle i nettverksmøtet, og samtidig la pasienten og nettverket føre ordet og bestemme løsningene. Denne dobbeltrollen slipper behandlerne på vår avdeling ved at det er miljøpersonalet som er møteledere. Ved å gi fra seg kontrollen og delta i nettverksmøtene på lik linje med de andre deltakerne har de ikke lenger behov for å forsvare seg eller behandlingen. De kunne i stedet lytte til frustrasjoner og fortvilelse fra pasient og pårørende uten å føle direkte ansvar for å respondere på kritikken. Seikkula og Arnkil (2007) benevner dette som dialogens skapende fellesskap. Pasienter og pårørende har kanskje for første gang hatt muligheten til å snakke om sine vanskelige følelser og opplevelser. Relasjonene og emosjonene kan derfor bli sterke og atmosfæren trykkende, og samtidig åpnes det opp for en forsøksvis og prøvende dialog om disse utfordringene. Man arbeider med å gå fra monolog til dialog ved å lytte og respondere i ett relasjonelt fellesskap. Behandlernes posisjon endres dermed fra å være intervenerende og måtte forsvare seg, til å bli deltakere i en gjensidig prosess med utsagn og respons (Seikkula & Arnkil, 2007). Ved å gi avkall på kontroll viser studien at behandlerne har gått fra en tradisjonell måte å forholde seg til pasienten på, til å delta som en av tre likeverdige kompetansesystemer (Fyrand, 2005).

En forutsetning for at dette skal kunne skje, er tydelige og gode møteledere. Når møtelederne ble opplevd som vage kom behovet for å ta kontroll. Tradisjonelt er behandlerne er lært opp til å ta ansvar, og kan raskt utfordres når møtelederne ikke oppleves som tydelige. De ble usikre på egen rolle. Å tåle usikkerhet er en av de syv grunnleggende prinsippene i Åpen dialog (Seikkula & Arnkil, 2007). Denne terapeutiske posisjonen er ett grunnleggende skifte og erfaring for mange profesjoner. Fagpersoner flest er vant til å tenke at man skal tolke problemet og komme med en løsning som kan redusere eller fjerne symptomene. I et dialogisk møte søkes det etter å finne løsningene i et relasjonelt samarbeid (Bøe, 2016). Det å tåle usikkerhet og ikke agere med en gang, kan ifølge Seikkula og Arnkil (2007), føre til nye og tidvis overraskende løsninger. Forfatterne viser til at om fagpersonene har for dårlig tid og foreslår raske avgjørelser, vil familiens egne psykologiske ressurser i liten grad bli utnyttet. Sundet (2006) påpeker at terapeutens interesseområder, uhøflighet og rask handlingsorientering kan hindre den reflekterende prosessen. Behovet for å intervenere kan derfor komme i veien for møteledernes forsøk på å utvikle og skape dialogiske og relasjonelle prosesser. Samtidig må man være åpen for at utydelig ledelse kan forstyrre den åpne dialogen i nettverksmøtet.

Gode og dårlige nettverksmøter beskrives av Seikkula & Arnkil (2007). Forfatterne påpeker viktigheten av å følge opp følelsesladede temaer. Ved å være spesielt følsom for slike øyeblikk økes mulighetene for å sette ord på opplevelser som tidligere aldri har vært snakket om. Vigrestad og Hellandshølen (2012) mener at møteledernes oppgave er å anerkjenne det som bringes frem og være nysgjerrig og utforskende omkring det det samtales om. Åpne spørsmål bidrar til refleksjon og utdypning av tanker og synspunkter. Samtalen kan dermed føre til at deltakerne utvikler seg selv og kommer relasjonelt nærmere hverandre. Deltakerne får en større forståelse for hva som blir sagt og hvordan dette kan forstås. Når man er usikker på nettverksmøtenes innhold og struktur vil en presisering av møteledernes rolle kunne være til hjelp for å tåle denne usikkerheten. I dialoger med monologisk og instruktivt innhold passer ikke teamets respons alltid overens med pasientens initiativ, og det oppnås ikke dialogisk utveksling (Seikkula & Arnkil, 2007). Det kan være derfor funn fra studien viser til at noen nettverksmøter oppleves å være lite nyttige og hjelpsomme for pasienten og dennes nettverk.

Avsluttende refleksjoner (2)

Studiens funn kan beskrives som oppsiktsvekkende. Artikkelen viser at det er mulig å

anvende Åpen dialog i en kontekst der pasientene opplever en alvorlig psykisk lidelse og lagt inn på lukket psykiatrisk avdeling. Ved å invitere pasientene inn i en åpen dialog der medvirkning og deltakelse i utformingen av behandlingen er sentral, så engasjeres og bemyndiges både pasienter og pårørende. De får en mer aktiv og likeverdig rolle i behandlingen. Artikkelen viser at også behandlerne erfarer nytteverdien av tilnærming knyttet til Åpen dialog i nettverksmøter. Den gir muligheter som ikke synes innen tradisjonell behandling. Ved at sykepleiere og miljøterapeuter leder nettverksmøtene går behandlerne fra en tradisjonell til en mer likeverdig tilnærming der de blir deltakere i en gjensidig prosess. Den terapeutiske posisjonen og de terapeutiske relasjonene endres. Dette står i kontrast til bruken av tvang som også er en del av praksisene ved en lukket psykiatrisk avdeling. Artikkelen viser at Åpen dialog i nettverksmøter er å anse som et viktig og verdifullt tilskudd i behandlingstilbudet til pasienter som opplever en langvarig psykisk lidelse.

Studien formidler erfaringer med et dialogbasert og relasjonsorientert samarbeid. Ulike kliniske arbeidsformer og samværsmåter kan vokse fram og bidra til utvidete forståelser, samarbeidende dialoger og nyttige løsningsstrategier for deltakerne. En viktig forutsetning er at både pasientens, nettverkets og fagpersonens autonomi gis oppmerksomhet og sikres. Dette gjelder både i forhold til strukturelle rammer, kunnskapsperspektiver og de nødvendige betingelser for et dialogbasert samarbeid. Det er ulike menneskelige utfordringer for fagpersonene i å våge uforutsigbare relasjoner i det åpne landskap som et slikt samarbeid representerer. Arbeidsformer som kan ivareta pasientens og nettverkets verdighet, integritet og selvfølelse innebærer å evne og sette seg selv i og på spill. Å stole på egen kompetanse, erfaring og faglighet, og se og anerkjenne potensialet i samarbeidet med nettverket, og å våge og se utover prosedyrer og rutiner som ligger innbakt i arbeidet med Åpen dialog. I dialogiske møter og relasjonelle samspill med nettverk er ikke rutiner og prosedyrer utarbeidet for etablert psykiatrisk praksis tilstrekkelige. Arbeidsformer som skal bidra til å ivareta nettverkets verdighet, integritet og selvfølelse innebærer faglig handlingsrom, mot og klokskap. Handlingsrom som gir mulighet til å fylle rollen som samarbeidsorientert fagperson, mot til å gå inn i uforutsigbare situasjoner og relasjoner, samt klokskap i møtet med ulike sosiale nettverk.

Samtidig er det behov for å utvikle mer forskningsbasert kunnskap om tilnærmingen innen denne og tilsvarende kontekster. Studien viser til kunnskap som er utviklet i et dialogbasert og relasjonsorientert samarbeid. Ulike former for dialogiske og relasjonelle praksiser kan beskrives med ulike uttrykk i terapeutiske samarbeid, både som monologiske og som

dialogiske. Det bør gjennomføres systematisk utprøving og evaluering av ulike dialogbaserte og relasjonsorientert samarbeid. Særlig bør en fokusere på fagpersoners tillit til dialogens kraft, mot og åpenhet i samarbeidet og i samtaler med pasienten og nettverket om samarbeidet. Et forskningsområde som bør prioriteres er beskrivelser og evalueringer av ulike kliniske implikasjoner av en slik tilnærming i ulike terapeutiske kontekster og hvordan den uttrykker seg. Særlig gjelder dette å se på fagpersoner nye roller i samarbeidet. Det andre området bør fokusere beskrivelser og evaluering av hvordan en slik dialogbasert og relasjonsorientert tilnærming oppleves som hjelpsom for pasienten og dennes nettverk. Sentralt er å utforske hvilke praktiske, faglige og etiske problemstillinger som aksentueres i samarbeidet i en denne tilnærmingen.

Litteratur (2)

Aaltonen, J., Seikkula, J., & Lehtinen, K. (2011). The comprehensive Open-Dialogue approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis* 2011; 3: (3): 179-191.

<http://dx.doi.org.proxy.helsebiblioteket.no/10.1080/17522439.2011.601750>.

Andersen, T. (2014). *Reflekterende prosesser. Samtaler og samtaler om samtalerne*. Viborg: Dansk Psykologisk Forlag.

Brottveit, Å. (2013). *Åpne samtaler - mer enn ord? Nettverksmøter som kommunikative hendelser, kunnskapsproduksjon og sosial strukturering*. (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo.

Bøe, T. D. (2016). *They say yes, they don't say no. Experiences of change in dialogical approaches to mental health – a qualitative exploration*. (Doktoravhandling). Universitetet i Agder.

Fyrand, L. (2005). *Sosialt nettverk. Teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Heskestad, S., & Rosengren, U. (2012). *Åpen dialog: Om relasjons- og nettverksarbeid på Romerike*. Romeriksprosjektet. Akershus Universitetssykehus HF.

Holmesland, A. L. (2016). *Professionals' experiences with Open Dialogues with young people's social networks – Identity, role and teamwork. A qualitative*

study. (Doktoravhandling). Universitetet i Agder.

Hopfenbeck, M., Donsted, M., Eivik, A. L., Grøneng, H., Nilsen, P. Å., Nysveen, B., Singhofen, M., Økland, G. S. M., & Van der Veen-Nijmeijer, M. (2014). Opne dialoger i nettverksmøter (ODIN). *En modell for samhandlende tjenester til personer med rusmiddelbruk og psykiske lidelser*. Porsgrunn: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Malterud K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Seikkula, J. *Åpne samtaler*. (2000). Oslo: Tano Aschehoug.

Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keranen, Y., & Lehtinen, K. (2006). Five-Year experience of first-episode non-affective psychosis in open-dialogue approach. Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research* 2006; 16: (2): 214-228.

<http://dx.doi.org.proxy.helsebiblioteket.no/10.1080/10503300500268490>.

Seikkula, J., & Arnkil, T. *Nettverksdialoger*. (2007). Oslo: Universitetsforlaget.

Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2011). The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland, II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis* 2011; 3 (3): 192-204.

<http://dx.doi.org.proxy.helsebiblioteket.no/10.1080/17522439.2011.595819>.

Seikkula, J., & Arnkil, T. *Åpen dialog i relasjonell praksis. Respekt for annerledeshet i øyeblikket*. (2013). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.

Sundet, R. (2006). Reflekterende prosesser - noe mer enn refleksjon?. Eliassen H., & Seikkula, J.,(Red.), *Reflekterende prosesser i praksis. Klientsamtaler, veiledning, konsultasjon og forskning*. (s.15-32). Oslo: Universitetsforlaget.

Vigrestad, T., & Hellandshølen, A. M. (2012). *Åpne samtaler i nettverksmøter. En veileder*. Oslo: Universitetsforlaget.