

Anna-Sabina Soggiu

”Venner er kanskje litt overdrevent?”

Samarbeid om Recovery-prosesser og
kunnskapsutvikling i psykisk helsearbeid med
ungdom

Doktorgradsavhandling
Personorientert helsearbeid

Fakultet for
helse- og sosialvitenskap

Anna-Sabina Soggiu

”Venner er kanskje litt overdrevent?”

Samarbeid om Recovery-prosesser og kunnskapsutvikling i psykisk helsearbeid med ungdom

En doktoravhandling innenfor
Personorientert helsearbeid

© Anna-Sabina Soggiu 2024
Universitetet i Sørøst-Norge
Drammen

Doktoravhandlinger ved Universitetet i Sørøst-Norge nr. 183

ISSN: 2535-5244(trykt)

ISSN: 2535-5252 (online)

ISBN: 978-82-7206-831-7 (trykt)

ISBN: 978-82-7206-832-4 (online)



Denne publikasjonen er lisensiert med en Creative Commons lisens. Du kan kopiere, distribuere og spre verket i hvilket som helst format eller medium. Du må oppgi korrekt kreditering, oppgi en lenke til lisensen, og indikere om endringer er blitt gjort.

Se fullstendige lisensbetingelser på <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.no>

Trykk: Universitetet i Sørøst-Norge

Forord

«Husk å reppe Oslo Øst, da!», sa kompisen min. Han er vokst opp i samme miljø som meg. Utsagnet falt da jeg fortalte at jeg skulle slutte som sosionom for å starte arbeidet med en doktorgrad. Jeg har hørt liknende utsagn mange ganger de siste årene. Fra mennesker jeg kjenner fra oppveksten og fra ungdommer jeg tidligere samarbeidet med som sosionom. Jeg er vokst opp i et fattig miljø med store utfordringer knytta til både økonomi og sosiale problemer. Siden har jeg jobba i tilsvarende miljøer som sosionom, med ungdom som trøbler. Det å gå fra arbeid som sosionom til doktorgradsarbeid har ført til at mange har minna meg på å ikke bli *høy på meg sjøl*. Ikke glemme hva det hele handler om, ungdommers ve og vel og ikke minst, ikke glemme hvor og hva jeg kommer fra. Å representere hvor man kommer fra, fungerer nærmest som et slags doxa for fattige miljøer. Ikke sviakt ved å glemme! Med dette langt framme i pannebrasken gikk jeg i gang med forskningsprosjektet. Jeg funderte på om man kan ta med seg det man har i bagasjen, inn i akademia, og sånn sett bevege seg inn i noe som oppleves som milevis fra ei kommunal blokk på Tøyen. Kan man ta med seg sjøl inn i forskning uten at det skaper bias? Kan man ta i bruk de erfaringene man har fra arbeid og livet generelt, uten at det påvirker resultater og funn? Da jeg fikk medforskere med på laget, stilte de noen av de samme spørsmålene i ulike faser av prosjektet. Når skulle de prøve å være nøytrale, og når kunne de bruke seg sjøl? Etter hvert som jeg har arbeidet med samarbeidsbaserte forskningsmetoder og dialogisme, har spørsmålene jeg stilte tidlig i avhandlingsarbeidet, endra karakter fra *kan man?* til *hvordan kan man?*. Når jeg nå er i gang med å sy sammen forskningsprosjektet og forsøke å sette ord på hva jeg har gjort, hva jeg har kommet fram til, og hvordan jeg har kommet fram til dette, er disse spørsmålene fortsatt like relevante. På et vis har de vært en rød tråd i både utviklinga av forskningsprosjektet og på min vei mot å bli forsker. Spørsmålene stilles i et mer akademisk språk i det videre. Det dreier seg ikke lenger om å representere Tøyen. Samtidig syr egne erfaringer avhandlingsarbeidet sammen til en helhet hvor refleksjoner rundt hvordan kunnskap kan skapes gjennom å ta ulike erfaringer i bruk, er viet fokus.

Å arbeide med ei avhandling er både et privilegium og en forbannelse. Tidvis har det følt som å gro sin egen hjerne i et ekkokammer, andre ganger har jeg fryda meg over muligheten til å bruke tid på fordypning i et felt jeg har engasjert meg i siden jeg var ung jente. Mange må dog takkes for å ha dratt meg ut fra ekkokammerset og pusta liv i både meg og avhandlinga. Arbeidet har vært givende, trøttende, smertefullt, gledelig, skremmende og vakkert.

Så takk til nettverket mitt av både familie, venner og kollegaer, for at dere holder ut med meg, både når jeg er glad og når jeg absolutt ikke er det. Det skifter som kjent fort. Uten dere er jeg lite. Context is everything. Dere er min!

Takksigelser

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til ungdommene og foreldrene som tok seg tid til å samtale med meg, dele fra sine liv og reflektere rundt sine erfaringer med samarbeid om Recovery-prosesser. Videre vil jeg rette en stor takk til kommunen som tok meg imot, og spesielt de ansatte i ambulant team. Jeg gleda meg alltid til å være sammen med dere i de dialogiske verkstedene. Deres engasjement for ungdommer og foreldre har jeg stor respekt for.

Så til mine kjære medforskere. Jeg likte så godt at vi kunne snakke fritt sammen om alle deler av livet. Dere var uredde og kasta dere inn i forskningens verden sammen med meg. Våre treff har båret med seg både alvor og humor. Takk for at dere deltok på hvert deres vis og bidro med erfaringer og kunnskaper som var helt uvurderlige for prosjektet.

Så vil jeg rette en stor takk til mine to veiledere, professor Bengt Karlsson og førsteamanuensis Trude Klevan. Det har vært spennende og krevende å samarbeide med dere hele veien. Jeg gleda meg til veiledning hver gang, men forlot den som regel med mer hodebry enn jeg hadde planlagt. Sånn skal det være! Takk for at dere hjalp meg med å holde motet oppe underveis, og at dere både utfordra meg til og lot meg angripe forskning kreativt. Jeg har opplevd dere som en form for foresatte, som skulle holde tilbake og dytte framover samtidig. En spesiell takk for at vi fikk til å samarbeide på tvers av kontinenter da jeg bestemte meg for å tilbringe sju måneder borte fra Norge. Det var en trøst å høre stemmene deres over Skype, men minna meg også på alt jeg savna. Takk for at dere hjalp meg trygt i havn, både gjennom USA og i arbeidet med avhandlinga.

Jeg ønsker også å takke professor Ottar Ness og professor Stian Biong. Stian, takk for at du tok kontakt den gangen for mange år siden, fortalte at du hadde lest masteroppgaven min og ønska å samarbeide om ulike forskningsprosjekter. Uten deg hadde jeg nok ikke endt opp som stipendiat i det hele tatt. Og Ottar, takk for at jeg sammen med deg og Bengt fikk utvikle prosjektsøknaden, som førte frem til avhandlinga. Da du foreslo at jeg skulle skrive i søknaden at jeg planla å dra til Yale, følte det helt absurd. Jeg jobba på et lokalt NAV-kontor i Oslo, og Yale følte rimelig langt unna min hverdag. Jeg ønsker også å

rette en takk til medstipendiater, kollegaer ved Senter for psykisk helse og rus, og andre ansatte jeg har hatt kontakt med ved Universitetet i Sørøst-Norge. Dere har alle bidratt til et godt læringsklima og noen muligheter jeg aldri hadde trodd jeg skulle få i livet.

Så må Yale University og Fulbright nevnes. Tusen takk for stipend fra Fulbright Norge som gjorde det mulig for meg å besøke USA. Både den økonomiske og menneskelige støtta var uvurderlig for at jeg skulle kunne dra. Det å få være sammen med de ansatte ved Yale University, Program for Recovery and Community Health, var en opplevelse jeg tar med meg resten av livet, både som fag- og privatperson. Professor Larry Davidson har utvikla et fantastisk program, forsknings- og læringsmiljø og ikke minst en arbeidskultur som gjorde at jeg sjelden lengta hjem og egentlig ikke ville forlate USA da jeg satte meg på flyet tilbake til Norge. Uten nyvunne kollegaer og venner hadde det ikke gått. Dere er fantastiske, tusen takk.

En takk må også rettes til deg, Cathrine Finstad. For at du på få timer laget en illustrasjon til avhandlinga da jeg forsøkte å prokrastinere meg gjennom å lære tegneprogrammer på internett fordi jeg ønska en illustrasjon av reflekterende prosesser.

Så til sist Kenneth. Jeg mangler i grunnen ordene for å beskrive det hele. Så jeg sier det i all enkelhet. Takk for det du er, du er min person rett og slett. Takk!

Sammendrag

I avhandlingen har jeg sammen med fagpersoner, ungdommer, foreldre og andre forskere utviklet vitenskapelig kunnskap i psykisk helsearbeid med ungdom. Ved bruk av samarbeidsbasert kunnskapsutvikling i dialogiske prosesser har jeg gjennom tre delstudier utforsket hvordan vi kan forstå samarbeid om Recovery-prosesser og kunnskapsutvikling med ungdom og foreldre. Dette har jeg gjort sammen med andre forskere og med medforskere som hadde erfaringer med psykisk helsearbeid. Vi har undersøkt og utviklet kunnskap om fagpersoners, ungdommers og foreldres egne erfaringer med samarbeid om Recovery-prosesser. Videre har vi utviklet kunnskap om samarbeidsbasert kunnskapsutvikling. Gjennom samarbeid i dialogiske prosesser fikk flere stemmer rom i kunnskapsutviklingen.

Med utgangspunkt i et sosialkonstruksjonistisk vitenskapsteoretisk rammeverk valgte vi tilnærminger for prosjektet som muliggjorde kunnskap i dialoger med utgangspunkt i deltakernes erfaringer. Forskningsprosjektet ble derfor gjennomført med samarbeidsbasert forskningsmetodologi med kvalitative metoder. Samarbeidsbasert forskning antas å være særlig hensiktsmessig i prosjekter som fokuserer både på å utvikle kunnskap og ny praksis samtidig.

Forskningsprosjektet ble gjennomført i en mellomstor norsk kommune. For å undersøke samarbeid om Recovery-prosesser og metoder for samarbeidsbasert forskning ble et ambulant psykisk helseteam i kommunen valgt som samarbeidspartner. Teamet arbeidet med ungdom fra 13 til 23 år og deres pårørende og nettverk. Målgruppen for teamets arbeid var unge som strevde i hverdagen på grunn av psykiske og sosiale vansker. Teamet jobbet med å gi støtte til ungdom for å tilrettelegge for aktiviteter som skole eller arbeid.

Kunnskap utviklet i de to første delstudiene omhandlet samarbeid om Recovery-prosesser. Begge studier vier fokus til relasjoner og at samarbeid rundt ungdommers mål er betydningsfullt i Recovery-prosesser. Videre at relasjonene må bygges på fleksibilitet og i nært samarbeid som utvikles i dialoger. Videre ble det utviklet kunnskap som dreide seg om forståelsen av profesjonalitet og nærhet og distanse i relasjonene i samarbeid om

Recovery-prosesser. Det å bli likt av fagpersoner man samarbeidet med, ble løftet frem av både ungdom og foreldre som en viktig komponent i samarbeid om Recovery-prosesser. Ungdommene hadde vansker med å finne et ord for de gode samarbeidsrelasjonene, og lurte på om det kunne minne om en venn. Nærhet i relasjoner kan oppfattes som noe som står i motsetning til profesjonalitet som psykisk helsearbeider. Gjennom forskningsprosjektet har vi dermed utviklet kunnskap som forteller noe om viktigheten av nære møter, om å søke og finne gjenkjennelse og bygge ned stivbeint forståelse av profesjonalitet.

I siste delstudie sto samarbeid om kunnskapsutvikling i fokus der ulike tilnærminger for å understøtte likeverdige relasjoner i samarbeidet utgjorde kunnskap som ble utviklet. Vi utviklet kunnskap som viser at det kan være utfordrende å få frem alle stemmer i dialoger, der deltakerne i dialoger søker mot konsensus heller enn å holde på egne standpunkter. Søken mot konsensus kan også forstås som noe som ble til gjennom flerstemthet.

Samlet dreier kunnskap utviklet gjennom avhandlingen seg om relasjoner i samarbeid både om Recovery-prosesser og om kunnskapsutvikling i psykisk helsearbeid med ungdom, der ulike erfaringer gis plass. Kunnskap utviklet i forskningsprosjektet kan indikere behov for å videreutvikle praksiser og kunnskapsutvikling innen psykisk helsearbeid med ungdom rundt følgende temaer:

- Bruk av sosialt gruppearbeid i psykisk helsearbeid med ungdom
- Praksiser som fremmer samarbeid i nære relasjoner i psykisk helsearbeid med ungdom
- Fagpersoners bruk av egne erfaringer i psykisk helsearbeid med ungdom
- Videreutvikling av metoder for samarbeidsbasert forskning

Nøkkelord

Psykisk helsearbeid, samarbeidsbasert kunnskapsutvikling, Recovery-prosesser, erfaringsbasert kunnskap, Åpne Dialoger

Abstract

In the thesis, I have developed scientific knowledge together with professionals, young people, parents and other researchers, on collaboration on Recovery processes. By using collaborative knowledge development in dialogic processes, I have through three sub-studies explored how we can understand collaboration on Recovery processes and knowledge development with young people and parents. I have done this together with other researchers and with co-researchers who had experience with mental health work. We have researched and developed knowledge about professionals', young people's and parents' own experiences with collaboration on Recovery processes. Furthermore, we have developed knowledge about collaborative knowledge development. Through collaboration in dialogic processes, several voices were given space in the development of knowledge.

Based on a social constructionist scientific theoretical framework, we chose approaches for the project that enabled knowledge in dialogue based on the participants' experiences. The study was therefore carried out using collaborative research methodology with qualitative methods. Collaborative research is believed to be particularly appropriate in projects that focus both on developing knowledge and new practice at the same time.

The research project was carried out in a medium-sized Norwegian municipality. In order to investigate collaboration on Recovery processes and methods for collaborative research, an outpatient mental health team in the municipality was chosen as a collaboration partner. The team worked with young people aged 13 to 23 and their relatives and networks. The target group for the team's work were young people who struggled in everyday life due to mental health problems and social difficulties. The team worked to provide support to young people to facilitate activities such as school or work.

Knowledge developed in the first two sub-studies dealt with collaboration on Recovery processes. Both studies focus on relationships and collaboration around young people's goals is significant in Recovery processes. Furthermore, the relationships must be built

on flexibility and in close collaboration that is developed in dialogue. Furthermore, knowledge was developed which revolved around the understanding of professionalism and closeness and distance in the relationships in collaboration on Recovery processes. Being liked by the professionals was highlighted by both young people and parents as an important component in collaboration on Recovery processes. The young people had difficulty finding a word for the good collaboration relationships, and wondered if it could remind them of a friend. Closeness in relationships can be perceived as something that stands in opposition to professionalism as a mental health worker. Through the research project, we have thus developed knowledge that tells us something about the importance of close meetings, about seeking and finding recognition and building down a rigid understanding of professionalism.

In the last sub-study, collaboration on knowledge development was the focus, where different approaches to support equal relationships in collaboration constituted the knowledge that was developed. We have developed knowledge that shows that it can be challenging to bring out all voices in dialogues, where the participants in dialogues seek consensus rather than maintaining their own positions. The search for consensus can also be understood as something that came about through plurality in voices.

Collectively, knowledge developed through the thesis revolves around relationships in collaboration both about Recovery processes and about knowledge development for mental health work with young people, where different experiences are given space. Knowledge developed in the research project may indicate a need to further develop practices and knowledge development within mental health work with young people around the following topics:

- Use of social group work in mental health work with young people
- Practices that promote collaboration in close relationships in mental health work with young people
- Professionals' use of their own experiences in mental health work with young people
- Further development of methods for collaborative research

Keywords

Mental health care, collaborative knowledge development, Recovery processes, Experience-based knowledge, Open Dialogues

Publikasjonsliste

Artikkel 1

Soggiu, A-S.L., Klevan, T.G., Davidson, L. & Karlsson, B. (2019). School's out with fever: service provider perspectives of youth with mental health struggles. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 343-354.
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02673843.2019.1646663>

Artikkel 2

Soggiu, A-S.L., Klevan, T., Davidson, L. & Karlsson, B. (2020). A sort of friend: narratives from young people and parents about collaboration with a mental health outreach team. *Social Work in Mental Health*, 18(4), 383-397.
<https://doi.org/10.1080/15332985.2020.1761932>

Artikkel 3

Soggiu, A-S., Karlsson, B., Klevan, T.G. & Ness, O. (2021). Inner and Outer Voices in Research: How Dialogical Approaches Can Enhance Knowledge Development in Mental Health Care. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 42(2), 225-240. <https://doi.org/10.1002/anzf.1450>

Artiklene er gjengitt med tillatelse fra utgiverne.

Innhold

Takksigelser	III
Sammendrag	V
Abstract	VII
Publikasjonsliste	X
Vedlegg	XV
Liste over tabeller/figurer	XV
1 Innledning	1
1.1 Ungdom som trøbler	5
1.2 Målsetting og forskningsspørsmål.....	7
1.3 Avsluttende refleksjoner	7
1.3.1 Struktur i avhandlingen.....	8
2 Vitenskapsteoretisk rammeverk	9
2.1 Et sosialkonstruksjonistisk perspektiv	9
2.2 Forskning innen personorientert helsearbeid	10
2.3 Samarbeidsbasert og dialogisk kunnskapsutvikling.....	11
2.4 Erfaringskunnskap	13
2.5 Eget ståsted med autoetnografiske inspirasjoner	14
2.6 Avsluttende refleksjoner	16
3 Epistemologiske inspirasjoner	19
3.1 Relasjonell Recovery og Recovery-prosesser	19
3.1.1 Kunnskap om ungdommers Recovery-prosesser	22

3.1.2	Personer i Relasjonelle kontekster	24
3.1.3	Dialogisk samarbeid om Recovery-prosesser	27
3.1.4	Nærhet og distanse i samarbeid om Recovery-prosesser	29
3.2	Avsluttende refleksjoner	31
4	Valg av metodologi	33
4.1	Forskningskontekst.....	33
4.2	Samarbeidsbasert forskningsmetodologi	34
4.2.1	Kompetansegruppa.....	35
4.3	Dataskaping.....	38
4.3.1	Forskningsprosjektets deltakere.....	38
4.3.2	Første fase av dataskaping: Dialogiske verksteder.....	39
4.3.3	Andre fase av dataskaping: Intervjuer	41
4.3.4	Tredje fase av dataskaping: Reflekterende prosesser	42
4.4	Metoder for analyse i delstudiene	44
4.5	Forskningsetiske refleksjoner	45
4.6	Avsluttende refleksjoner	49
5	Samskapende kunnskaping i forskningsprosjektet	51
5.1	Sammendrag av artikkel 1	51
5.2	Sammendrag av artikkel 2	53
5.3	Sammendrag av artikkel 3	54
5.4	Avsluttende refleksjoner	56
6	Diskusjon	59

6.1	Samarbeid med ungdom om Recovery-prosesser.....	61
6.1.1	Ungdommers trøbling som del av de kontekster de lever livene sine i.....	61
6.1.2	Samarbeid med ungdom om Recovery-prosesser gjennom sosialt gruppearbeid	64
6.2	Nærhet i den profesjonelle samarbeidsrelasjonen om Recovery-prosesser	68
6.2.1	Vennskap som inspirasjon i samarbeidsrelasjoner om Recovery-prosesser	69
6.3	Fagpersoners bruk av egne erfaringer i samarbeid med ungdom om Recovery-prosesser og utvikling av nye praksiser	72
6.3.1	Organisatoriske rammebetingelser for bruk av egne erfaringer i samarbeid med ungdom om Recovery-prosesser og utvikling av nye praksiser	74
6.3.2	Roller og posisjoner i samarbeid med ungdom om Recovery-prosesser og kunnskapsutvikling?.....	77
6.4	Nærhet i samarbeid med ungdom om Recovery-prosesser – en etisk og juridisk fordring?.....	80
6.5	Avhandlingens styrker og begrensninger	83
6.6	Implikasjoner for praksiser og videre forskning i psykisk helsearbeid med ungdom	86
6.6.1	Bruk av sosialt gruppearbeid i psykisk helsearbeid med ungdom	86
6.6.2	Praksiser som fremmer samarbeid i nære relasjoner i psykisk helsearbeid med ungdom.....	87
6.6.3	Fagpersoners bruk av egne erfaringer i psykisk helsearbeid med ungdom	87

6.6.4 Videreutvikling av metoder for samarbeidsbasert forskning i psykisk helsearbeid med ungdom	88
6.7 Avsluttende refleksjoner	89
7 Kilder	91

Vedlegg

1. Publikasjon av vitenskapelig artikkel 1
2. Publikasjon av vitenskapelig artikkel 2
3. Publikasjon av vitenskapelig artikkel 3
4. Intervjuguide
5. Tilbakemelding fra REK
6. Tilbakemelding fra NSD
7. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til deltakelse i intervju for ungdommer under 16 år
8. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til deltakelse i intervju for ungdommer fra 16 år
9. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til deltakelse i intervju for pårørende
10. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til deltakelse i intervju for fagpersoner
11. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til deltakelse i dialogisk prosess

Liste over tabeller/figurer

1. Tabell 1. Oversikt over antall deltakere i intervju
2. Figur 1. Illustrasjon av deltakere i reflekterende prosess

1 Innledning

«Venner er kanskje litt overdrevent?», sa en av ungdommene i et intervju der hen skulle forsøke å fortelle om samarbeid om Recovery-prosesser og om relasjoner hen hadde til fagpersoner hen samarbeidet med om hjelp. Hen dro litt på begrepet venn. «Jeg vet ikke, jeg (...) det er hyggelig».

Jeg har sammen med fagpersoner, ungdommer, foreldre og andre forskere utviklet vitenskapelig kunnskap i psykisk helsearbeid med ungdom. Forskningsprosjektet er gjennomført i samarbeid med mine to veiledere og medforskere. Jeg veksler mellom bruken av *jeg* eller *vi* når jeg beskriver ulike deler av prosjektet, ettersom mye er utviklet i samarbeid med flere.

Ved bruk av samarbeidsbasert kunnskapsutvikling i dialogiske prosesser har jeg gjennom tre delstudier utforsket hvordan vi kan forstå samarbeid om Recovery-prosesser med ungdom og foreldre. Dette har jeg gjort sammen med andre forskere og med medforskere som hadde erfaringer med psykisk helsearbeid. Vi har undersøkt og utviklet kunnskap om fagpersoners, ungdommers og foreldres egne erfaringer med samarbeid om Recovery-prosesser. Videre har vi utviklet kunnskap om samarbeidsbasert kunnskapsutvikling. Gjennom samarbeid i dialogiske prosesser fikk flere stemmer rom i kunnskapsutviklingen.

Som en del av doktorgradsprogrammet for personorientert helsearbeid skriver jeg meg inn i, og er med på, å videreutvikle dette forskningsområdet. Personorientert helsearbeid springer ut fra praksiser innen helsetjenester. McCormack et al. (2017) beskriver essensen av personorienterte praksiser til å være helsearbeid med omsorg for helheten av personers helse. Avhandlingen bidrar til personorientert forskning og praksis ved å se mennesket som dialogisk i ulike kontekster. Som sosionom med erfaring fra psykisk helsearbeid benytter jeg også perspektiver fra sosialt arbeid for å forstå personer i den kontekst de lever livene sine i, hvilket også bidrar til å utvikle det personorienterte kunnskapsfeltet. Jeg benytter perspektiver fra psykisk helsearbeid, personorientert

helsearbeid og sosialt arbeid for å utvikle kunnskap om samarbeid om Recovery-prosesser i de kontekster det samarbeides i.

Gjennom de siste tiårene har det vært et økende fokus på utvikling av praksiser for samarbeid og styrking av brukerinvolvering for personer med psykiske helseutfordringer. Dette har gitt seg til kjenne gjennom ulike reformer i psykisk helsetjenester (Ekeland, 2011, 2021). Som en del av dette har Recovery som begrep og kunnskapsfelt utviklet seg. Målsettingene har vært å redusere institusjonalisering, tilby lokalt baserte tjenester i tilknytning til folks hverdag, omgivelser og liv, samt å styrke brukerens deltakelse i samarbeid om hjelp (Borg et al., 2009; Helsedirektoratet, 2014). Recovery kan ses som et erfaringsbasert kunnskapsfelt, en filosofi, en bevegelse, en visjon (Karlsson & Borg, 2017). I likhet med Karlsson og Borg (2017, 2022) har jeg valgt å benytte Recovery med stor R når jeg skriver om det i avhandlingen. Dette gjør jeg for å tydeliggjøre en forståelse av begrepets røtter i kampen for like menneske- og samfunnsrettigheter for alle borgere i et samfunn (Karlsson & Borg, 2017, 2022).

FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) ble vedtatt i 2006, og Norge tilsluttet seg konvensjonen i 2013. Gjennomføringen av endringer konvensjonen krever, har møtt motstand fra politisk hold i Norge. Det har da vært argumentert med at psykisk helsetjenester fortsatt skal kunne behandle mennesker mot deres vilje, og kunne bruke umyndiggjøring eller vergemål (Ellingsdalen & Skree, 2014; McGovern & Ellingsdalen, 2022). Dette strider med rettighetene i CRDP og synliggjør at det eksisterer et gap mellom de rådende praksisene i psykisk helsearbeid og menneskerettighetene. Recovery med stor R springer ut fra en kamp for like menneskerettigheter, og kunnskap utviklet i forskningsprosjektet kan være et bidrag til kunnskaper om praksiser for psykisk helsearbeid. Recovery kan dermed bidra til å realisere CRDP i psykisk helsetjenester som baserer seg på personers ønsker og mål og legger til rette for utvikling og myndiggjøring. Recovery forstås da som både personlige og sosiale prosesser, og kan sånn sett skje både i tjenester, uavhengig av tjenester og fagpersoner, og alltid i lys av samfunnsmessige betingelser. Sentrale aspekt ved å forstå Recovery som både sosiale og personlige prosesser er forståelsen av at ingen kan

forandres utenfra og en forståelse av Recovery-prosesser som relasjonelle; Relasjonell Recovery (Andersen, 1991, 1995, 2021; Karlsson & Borg, 2017, 2022).

I avhandlingen har vi ved bruk av tidligere forskning på Recovery-prosesser videreutviklet forskningskunnskap om ungdommer, foreldres og fagpersoners erfaringer med samarbeid om Recovery-prosesser. Recovery representerer noe mer enn hjelp og tjenester ved et brudd med dominerende kunnskapssyn der fagpersoners *ekspertrolle* utfordres av erfaringskunnskap og enveis hjelp utfordres av samarbeid om Recovery-prosesser. Ved at vi legger til grunn en forståelse av Recovery med knytninger til opprør mot undertrykking, brudd på rettigheter, tvang, stigmatisering og sosial eksklusjon, så fikk det også konsekvenser for hvilke metoder vi har benyttet for å utvikle kunnskap i avhandlingen (Karlsson & Borg, 2017, 2022).

Avhandlingen er plassert i en samarbeidsbasert forskningstradisjon. Vi legger til grunn at erfaringer fra både fagpersoner, brukere, pårørende og forskere er viktige for å utvikle psykisk helsearbeid med ungdom. I dette ligger at vi forstår erfaringskompetanse bredere enn at det kun omfatter brukeres og pårørendes erfaringer med ulike tjenester (Soggiu, 2022). Avhandlingen bidrar til et ytterligere fokus på erfaringers betydning i Recovery-prosesser, praksiser, kunnskaps- og tjenesteutvikling.

«To live means to participate in dialogue», hevdet lingvisten Bakhtin (1984, s. 293). Dialoger er ikke bare en viktig del av livet. De er en nødvendighet for livet selv. Bakhtin mente at mennesker alltid er i dialoger med omverdenen, og at dialoger påvirker måten vi forstår oss selv og verden rundt oss på. Dialoger er ikke bare en sosial handling mellom ulike aktører. Det er en pågående prosess av dialoger, både indre og ytre stemmer i polyfoni (Bakhtin, 1982, 1984; Seikkula, 2008; Seikkula & Arnkil, 2013). Det å delta i dialoger innebærer å gjenkjenne sin egen uferdighet. I dialoger lærer vi om oss selv og omgivelsene gjennom andres erfaringer og gjennom å erfare dialoger i seg selv. I forskningsprosjektet har vi benyttet dialogiske prosesser for å fasilitere for flere stemmer i kunnskapsutviklingen. Vi har latt oss inspirere av dialogiske tilnærminger i familierapi, systemiske praksiser og psykisk helsearbeid, som Åpen Dialog og reflekterende prosesser (Andersen, 1991, 1995, 2021; Seikkula, 2011, 2012; Seikkula & Arnkil, 2013). Vi har

utviklet vitenskapelig kunnskap der ulike stemmer, erfaringer og kompetanser har blitt gitt rom i utviklingsprosessene.

Jeg fokuserer på samarbeidet mellom ungdommer, foreldre og fagpersoner som en vesentlig del av Recovery-prosesser for enkeltpersoner og deres nettverk (Andersen, 2021). Jeg forstår *samarbeid* som noe som skjer gjennom relasjoner og dialoger: «Som relasjonsvesener som gjensidig påvirker hverandre, kan våre 'selv' ikke skilles fra relasjonssystemene vi er en del av» (Anderson, 2012, s. 14 – min oversettelse). Gjennom dialoger inkluderer vi den andre personens intensjoner og meninger i våre egne. På den måten påvirkes våre svar av forholdet til den andre personen og konteksten (Anderson, 2012; Bakhtin, 1982). Et samarbeid krever rom for at hver person skal kunne være like til stede. Dette kan føre til følelser av tilhørighet, medeierskap og ansvarsdeling (Anderson, 2012; Skjervheim, 1996).

Utsagnet fra den ungdommen jeg intervjuet, «Venner er kanskje litt overdrevent?», skapte gjenkjennelse i mine egne erfaringer. Både fra gode relasjoner jeg har hatt til fagpersoner som har hjulpet meg i mitt liv, og til relasjoner jeg har hatt til brukere som sosionom. De gode relasjonene kan minne om vennskap, eller inneha noen av de samme elementene. De er ikke vennskap ved at de har et profesjonelt element. I avhandlingen retter jeg fokus på nærhet og distanse i relasjoner, samt profesjonalitet i samarbeid om Recovery-prosesser og kunnskapsutvikling. Gjenkjennelse i tematikken både som privatperson og fagperson har gjort at jeg i arbeidet med avhandlingen har latt meg inspirere av autoetnografi (Karlsson et al., 2021).

Begrepet autoetnografi peker på at vi arbeider med selvet (auto), menneskers liv (etno) og skrift (grafi) (Brinkmann, 2015). Etno handler om å knytte det personlige til kulturelle, sosiale og politiske forhold. På den måten gis det subjektive gjerne større plass i autoetnografi enn i andre former for forskningstilnærminger (Karlsson et al., 2021). En grunnleggende antakelse er at ved å utforske det personlige i en kulturell sammenheng kan dette føre til ny innsikt og vitenskapelig kunnskap (Brinkmann, 2015; Grant, 2016; Grant & Zeeman, 2012; Karlsson et al., 2021; Olsen, 2015). Som leser inviteres du nå inn i dialoger med meg. Jeg rår ikke over teksten alene lenger etter at avhandlingen er

publisert. I skrivende stund tar jeg valg for hvordan jeg presenterer arbeidet og kunnskap som er utviklet i avhandlingen. Når du leser dette, er det dine briller som gjelder, i din kontekst, med de diskurser som råder i tid, sted og rom akkurat da. Jeg ønsker derfor å vie plass i avhandlingen til å reflektere over eget ståsted som forsker. Hvordan jeg har tenkt underveis i utviklingen av prosjektet og hvordan mitt ståsted har påvirket de briller jeg har og de valg jeg har tatt.

1.1 Ungdom som trøbler

Økende ungdomsledighet kombinert med stort frafall fra videregående opplæring bekymrer både i Norge og i resten av Europa (Barth & Simson, 2012; Markussen et al., 2011). Markussen et al. (2011) fant at 30 prosent av de som starter på videregående skole i Norge, ikke har gjennomført skolegangen i løpet av en fire–femårsperiode (Markussen et al., 2011). I perioden 2016–2022 var det 81,0 prosent av elevene som fullførte skolen i løpet av fem–seks år (Statistisk sentralbyrå, 2023). Frafallet er synkende, men fortsatt høyt, noe som bekymrer offentlige myndigheter og politikere. Arbeidsmarkedet har blitt såpass spesialisert at det er vanskelig å få arbeid uten utdanning. Alternativene til utdanning er få (Barth & Simson, 2012). Samtidig ser vi en økning i ungdom som sliter med psykiske helseutfordringer (Bakken, 2018; Bang et al., 2023; Croninger & Lee, 2001; Lamb et al., 2011). 15–20 prosent av barn og unge mellom 3 og 18 år har nedsatt funksjon grunnet psykiske plager som angst, depresjon og atferdsproblemer, og en stor andel av unge rapporterer om ensomhet (Bakken, 2018; Folkehelseinstituttet, 2014, 2018; Knapstad et al., 2018; Sletten & Bakken, 2016). Ungdata-undersøkelsen er en landsomfattende undersøkelse der barn og unge svarer på spørsmål om hvordan de har det og hva de driver med på fritiden. Undersøkelsen har vist en markant økning av ungdom som rapporterer om fysiske og psykiske helseplager (Bakken, 2018, 2021; Eriksen et al., 2017). Samtidig er det en nedgang i framtidsoptimisme og lavere skoletrivsel (Bakken, 2018). Spesielt er det en økning i selvrapporteringen av depressive symptomer blant skoleelever, fra 9,7 prosent i 2011 til 15,2 prosent i 2018 (Bakken, 2018). Det samme finnes igjen fra rapporteringer fra Verdens helseorganisasjon (World Health Organization, 2021). Depresjon er også på globalt nivå en av de vanligste årsakene

til psykiske helseutfordringer blant ungdom (World Health Organization, 2021). Ifølge Folkehelseinstituttet viser norske studier at rundt 7 prosent av barn og unge i alderen 4–14 år har en psykisk lidelse (Bang et al., 2023). Det var fem prosent av befolkningen i Norge under 18 år som mottok behandling i psykisk helsevern i 2016 (Krogh & Indergård, 2017).

I årene 2020–2022 førte koronapandemien til lange perioder med nedstengning i mange land i verden. Ulike studier viser en økning av psykiske helseutfordringer blant barn og unge i denne perioden. En rapport fra koronakommisjonen viste at begrensninger på sosial kontakt var særlig belastende for barn og unge (NOU, 2021:6). Videre at det var en tydelig nedgang i norske ungdommers livskvalitet (von Soest et al., 2020). Unge med spiseforstyrrelser har blitt flere, yngre og med mer alvorlige symptomer under pandemien (Lin et al., 2021). Bakken (2021) fant at jenter generelt er mer plaget enn gutter med psykiske helseutfordringer. I 2021 var det en økning i Ungdata-undersøkelsen blant jenter i ungdomstrinnet som rapporterte om psykiske plager (Bakken, 2021).

Økning i psykiske utfordringer blant ungdom kan knyttes til stress og press med skolegang (Eriksen et al., 2017). Unges psykiske helseutfordringer henger sammen med frafall i skole, løsere tilknytning til arbeidsmarkedet, økonomiske og relasjonelle vansker (Folkehelseinstituttet, 2018). Studier viser sammenheng mellom det å ha vansker eller slutte i skolen og psykiske og sosiale utfordringer (Brännlund et al., 2017; Markussen & Seland, 2012). Ose og Jensen (2017) fant at psykiske helseutfordringer kunne kamuflere sosiale problemer blant det som internasjonalt betegnes som NEET (Not in education, employment or training). På tross av at ungdommene selv ønsket arbeid eller å fullføre utdanning fikk de sjelden hjelp til dette. De fikk oftere diagnoser av psykiske lidelser som kunne kamuflere de sosiale og kontekstuelle utfordringene de sto i (Ose & Jensen, 2017). Strand og Svalund (2021, s. 101) så på bruk av ulike tiltak og ytelser i NAV i møte med ungdom og omtaler det dominerende fokus på helse i oppfølgingsarbeid som «medikalisering av arbeidsledighetsproblemer blant unge». Å studere ungdoms utfordringer og de psykiske helsetjenestene er å bevege seg i et spenningsfelt der ulike

kunnskapssyn lever side om side og konkurrerer med hverandre, og nettopp derfor har dialogiske perspektiver mye å bidra med.

1.2 Målsetting og forskningsspørsmål

Målsettingen for forskningsprosjektet var å utvikle vitenskapelig kunnskap om Recovery-prosesser i psykisk helsearbeid med ungdom. Forskningsprosjektet har også hatt som mål å utvikle vitenskapelig kunnskap gjennom samarbeid mellom forskere, fagpersoner, ungdommer og foreldre. Videre ønsket vi å utvikle ny kunnskap om metoder for samarbeidsbasert forskning i psykisk helsearbeid med ungdom, med fokus på å involvere alle relevante perspektiver i kunnskapsutviklingen.

Følgende to forskningsspørsmål ble stilt i forskningsprosjektet:

- Hvordan samarbeider fagpersoner med ungdom og foreldre om Recovery-prosesser i psykisk helsearbeid med ungdom?
- Hvordan skape og fasilitere samarbeidsbasert kunnskaps- og tjenesteutvikling i psykisk helsearbeid med ungdom?

1.3 Avsluttende refleksjoner

Norge har en skandinavisk velferdsmodell gjennom en omfangsrik velferdsstat, bestående av flere gratis eller subsidierte tjenester til befolkningen (Vike et al., 2022). Det er et lite og homogent land der samfunnsutfordringer tradisjonelt er blitt møtt med kollektive løsninger fra offentlige myndigheter (Vike et al., 2022). Selv om ulike politiske partier er uenige om i hvor stor grad staten skal eie, styre og ta ansvar for befolkningens utfordringer, har utviklingen av velferdsstaten gjennom årtier hatt stor legitimitet i befolkningen (Ellingsæter et al., 2020). Velferdstjenestene er profesjonaliserte. Utdanningsnivået i befolkningen øker stadig, og det er et mål på tvers av politiske partier at tjenester som ytes befolkningen, skal være av høy kvalitet og baseres på forskningsbasert kunnskap (Helsebiblioteket, 2021; Helsedirektoratet, 2012; Nygård, 2021). I avhandlingen gis psykisk helsetjenester et ekstra fokus, selv om andre arenaer er viktige når vi setter søkelys på ungdommer som trøbler. Skole, hjem, arbeidsliv og fritid

er alle like viktige (Halvorsen & Stjernø, 2021). De var imidlertid ikke det primære fokus i dette forskningsprosjektet.

1.3.1 Struktur i avhandlingen

I *kapittel 1* har jeg presentert tema for avhandlingen, målsetting og forskningsspørsmål for forskningsprosjektet. I *kapittel 2* presenteres det vitenskapsteoretiske rammeverket for avhandlingen. Jeg reflekterer rundt hvordan det ontologiske ståstedet i sosialkonstruksjonisme har fått konsekvenser for den epistemologiske antakelsen om at kunnskap skapes i kontekster og i samarbeid mellom de som deltar i forskningssamarbeidet. I *kapittel 3* redegjør jeg for epistemologiske inspirasjoner for avhandlingen. Jeg løfter frem og reflekterer rundt teoretiske, forsknings- og erfaringsbaserte perspektiver og tilnærminger jeg har latt meg inspirere av i arbeidet med forskningsprosjektet. Jeg belyser perspektiver og tilnærminger som har hatt betydning og gitt inspirasjon til kunnskapsutvikling om forståelse av Recovery-prosesser og samarbeidsbasert kunnskapsutvikling. Dette fører videre til *kapittel 4* der jeg reflekterer rundt metodologiske veivalg i arbeidet med avhandlingen og hvordan det ontologiske og epistemologiske perspektivet for avhandlingen har påvirket valg av design, metoder og analyseredskaper i forskningsarbeidet. I *kapittel 5* presenteres kunnskap som er utviklet i forskningsprosjektet gjennom sammendrag av tre publiserte forskningsartikler. I *kapittel 6* diskuterer jeg kunnskap som er utviklet i hele forskningsprosjektet. Til sist følger en diskusjon av styrker og svakheter i forskningsprosjektet og mulige implikasjoner for psykisk helsearbeid med ungdom og videre forskning.

2 Vitenskapsteoretisk rammeverk

I dette kapitlet beskriver jeg det vitenskapsteoretiske rammeverket for hele forskningsprosjektet. Jeg redegjør for hvordan det ontologiske utgangspunktet gir konsekvenser for det epistemologiske perspektivet for avhandlingen. Hvordan et ontologisk utgangspunkt i sosialkonstruksjonisme leder videre til et epistemologisk perspektiv på kunnskap som noe som er skapt i kontekster og i dialoger. Jeg redegjør også for forskningsprosjektets plass som en del av ph.d.-programmet for personorientert helsearbeid, og forskningsprosjektets bidrag innen forskning i dette feltet. Jeg reflekterer over ulike kunnskapsformer og redegjør for eget ståsted som forsker. Til sammen danner dette det vitenskapsteoretiske rammeverket for avhandlingen.

2.1 Et sosialkonstruksjonistisk perspektiv

Jeg forstår ontologi som vitenskapsfilosofiske betraktninger over hva som grunnleggende sett finnes. Det ontologiske utgangspunktet for forskningsprosjektet henter inspirasjon fra en sosialkonstruksjonistisk tradisjon og forståelse av mening og virkelighet, der hva som *er*, forstås kontekstuellt og gjennom språket (Gergen, 2015; McNamee, 2010). Sosialkonstruksjonisme er ikke en ensartet tradisjon for forståelser av virkeligheten. Noen grunnforståelser kan gjenkjennes (Gergen, 2015; Lock & Strong, 2014). En sentral grunnforståelse er oppfattelsen av at mening og beskrivelse av virkeligheten ikke eies av noen. Ei heller er mening eller virkelighet noe som den enkelte kan avgjøre hva er (McNamee, 2010). Mening og virkelighet forstås som betinget av sosiale og kulturelle prosesser, og eksisterer slik avhengig av diskursene om disse. Lokale forståelser, tidsepoker, kulturer, språk og aktører vil påvirke og danne oppfattelser og beskrivelser av verden som er foreløpige og kontekstuelle (Gergen, 2015).

En sosialkonstruksjonistisk forståelse av hva som finnes, har ledet forskningsprosjektet videre til et epistemologisk ståsted hvor kunnskap skapes gjennom sosiale og kulturelle prosesser (McNamee, 2010; Ness & von Heimburg, 2020, 2021). Avhandlingen forener det sosialkonstruksjonistiske og det dialogiske perspektivet, med et ontologisk utgangspunkt som hevder at den sosiale virkeligheten – inkludert kunnskap, sosiale

relasjoner og praksiser – forstås og fortolkes i diskurser skapt gjennom dialoger (Phillips, 2011). Den epistemologiske antakelsen i avhandlingen er at kunnskap skapes i samarbeid mellom forskere, fagpersoner, ungdommer og foreldre. Slik kan alles levde erfaringer og kunnskaper gyldiggjøres i kunnskapingen (Borg et al., 2012; Desai et al., 2019; Kidd et al., 2018). Følgelig har jeg valgt et samarbeidsbasert forskningsdesign med vekt på kvalitative metoder. I forskningssamarbeidet er kunnskap utviklet mellom ulike personer, med ulike historier, i en tidsepoke, kultur og i en bestemt kontekst. Dette utdyper jeg videre i kapittel 4 om metodologi.

2.2 Forskning innen personorientert helsearbeid

Avhandlingen er et bidrag i krysningpunktet mellom det praksisnære og det forskningsmetodologiske. Forskningsprosjektet kan bidra til tjenesteutvikling av personorienterte tjenester innen psykisk helse for ungdom og deres nettverk, samt metoder for samarbeidsbasert forskning i psykisk helsearbeid med ungdom. Klevan (2017) hevdet at det personorienterte perspektivet kan bidra i forskning på tre forskjellige nivåer. Først ved å anerkjenne de subjektive erfaringene som en viktig kilde til kunnskapsutvikling og for å gjenkjenne forskeren som person (Klevan, 2017). For det andre, som et perspektiv for hvordan deltakere blir forstått som subjekter som interagerer med forskeren som aktuelle deltakere. Sist som en situering av konteksten forskningen foregår i. Personorienterte perspektiver kan sånn sett påvirke hele forskningsprosessen (Klevan, 2017).

Det ontologiske perspektivet i en sosialkonstruksjonistisk forståelse innebærer en erkjennelse av at kunnskap utvikles i en kontekst som ikke lar seg gjenskape av andre. Prosjektet er utført i en tidsepoke med dertil rådende diskurser, kulturer, forståelser og aktører som deltok i akkurat dette prosjektet. Det epistemologiske perspektivet med et sosialkonstruksjonistisk utgangspunkt har vært å søke etter forståelser av hvordan kunnskap kan skapes gjennom dialogiske prosesser. Aktørene som deltar, eksisterer i den tid og i det rom hvor prosessene foregår. De ontologiske og epistemologiske antakelsene i avhandlingen har ledet fra et sosialkonstruksjonistisk ståsted over i et menneskesyn hvor mennesket forstås som født dialogisk (Bakhtin, 1982, 1984). I forskningsprosjektet kan

det personorienterte perspektivet gjenkjennes gjennom forståelsen av personer som en del av en kontekst og som dialogiske. Mennesker fødes inn i relasjoner som livet leves innenfor, der relasjonene også strukturerer menneskers psyke (Seikkula & Arnkil, 2013, s. 9). Vi trenger ingen opplæring i gjensidighet, da vi fødes inn i dialoger og dermed relasjoner (Seikkula & Arnkil, 2013). Den menneskelige eksistens forstås som grunnleggende dialogisk, der det å leve betyr å delta i dialoger (Bakhtin, 1982, 1984; Seikkula & Arnkil, 2013). «En persons syn på livet er alltid unikt og alltid utenfor den Andres perspektiv» (Seikkula & Arnkil, 2013, s. 10). Gjennom stadfestelser og bekreftelser av hverandre i dialoger blir «den eneste sannheten om meg og den Andre» til (Seikkula & Arnkil, 2013, s. 10).

Gitt det vitenskapsteoretiske rammeverket og dets betydning for valg av samarbeidsbasert forskningsdesign og metoder, kan det utvikles kunnskap om personorientert helsearbeid. Utvikling av slik kunnskap inkluderer å anerkjenne erfaringer blant forskningsdeltakerne som verdifulle kunnskapskilder. I personorientert helsearbeid arbeides det med et fokus på at personer skal få innfridd sine livsprosjekter, og personens verdier er avgjørende. Det kreves av fagpersoner som arbeider personorientert, at de framtrer som hele, autentiske mennesker, med høye etiske standarder. Videre at det samarbeides om og innenfor myndiggjørende praksiser (McCormack et al., 2017). Slik forstår vi personer i sin kontekst og som deltakende i dialoger i forskning som utvikler praksiser i tjenestene. Dette er nødvendige bidrag for å utvikle personorientert helsearbeid i psykisk helsetjenester for ungdom. Å forske med personorienterte tilnærminger innebærer i denne sammenheng en forståelse av aktørene som deler av kontekster, og at kunnskapingen skjer i dialoger mellom disse.

2.3 Samarbeidsbasert og dialogisk kunnskapsutvikling

Hittil har jeg gjort rede for det ontologiske utgangspunktet i sosialkonstruksjonistisk vektlegging av språket, diskursene og begrepenes betydning for forståelser av virkelighet og mening. Deretter hvordan dette ledet til et epistemologisk ståsted der kunnskap ses som noe som skapes i sosiale rom og kontekster. Min plassering i personorientert forskning er basert i en forståelse av personer som dialogiske i sin kontekst. Dette fører

videre til at jeg nå vil utdype forståelsen av det dialogiske. Det utgjør en sentral del av det vitenskapsteoretiske rammeverket for avhandlingen.

Lingvisten Bakhtin bidro til å se dialogers muligheter ved å anse språk som levende kun i den dialogiske interaksjonen mellom aktører (Bakhtin, 1982, 1984; Lock & Strong, 2014). Sullivan (2012) argumenterte for at dialoger er sin egen epistemologi ved at kunnskap utvikles gjennom personlig deltakelse i dialoger rundt andres ideer.

Dialoger forstås ikke bare som en sosial handling mellom ulike aktører. Bakhtin hadde et holistisk perspektiv på språk, uttrykk og mening. Språk, uttrykk og mening henger sammen med tidligere og framtidige dialoger (Baxter, 2006). Det er en pågående prosess av indre og ytre dialoger mellom ulike stemmer i en polyfoni (Bakhtin, 1984; Seikkula, 2008). Uttrykk i dialoger kan bygge på både indre og ytre stemmer, der stemmene danner diskurser. Stemmene kan bygge på perspektiver, ideologier og diskurser (Bakhtin, 1982; Phillips & Napan, 2016). Bøe (2016) har forsket på dialogiske tilnærminger i psykisk helsearbeid med ungdom. I sin avhandling presenterer Bøe (2016) et flerdimensjonalt syn på endring gjennom dialogiske perspektiver. Bøe (2016) bruker metaforene fra ordhistorien til dialog ved prefikset *dia* for å forklare sin tilnærming. *Dia* kan bety både bevegelse gjennom eller over til noe, samt en deling eller splittelse til noe. Bøe tar i bruk denne forklaringen på metaforen *dia* for å skape sammenheng mellom ulike områder av endring: *dia-logue* (språk), *dia-conia* (etikk), *dia-topy* (rom), *dia-chrony* (tid) og *dia-gnosis* (kunnskap, kultur). Bøe (2016) argumenterer for at disse metaforene sammen indikerer en bevegelse på tvers av ulike grenser og terskler. Videre undrer han seg over om det er mer hensiktsmessig å undersøke bevegelsene som kan oppstå i de dialogiske grensene og bevegelsene, heller enn å fokusere på en antatt struktur eller tilstand når man ønsker å forstå menneskelig eksistens og forandring (Bøe, 2016). Personer kan gjenkjenne sin egen uferdighet i dialoger ved at vi lærer om oss selv og livet gjennom andre menneskers erfaringer og ved å erfare selve dialogen. Kunnskap utviklet i psykisk helsearbeid gjennom dialogiske praksiser bør, på samme måte, rette oppmerksomheten mot den menneskelige eksistens og forandringer som skjer i dialogers grensebrytninger.

Frank (2005) argumenterer for en dialogisk kunnskapsutvikling relatert til det han kaller monologisk forskning. Frank (2005) hevder at i monologisk forskning hører forskerne til det vitenskapelige fellesskapet. Han påpeker også at forskningsdeltakere, enten de kalles respondenter eller deltakere, bare tar del etter metodiske regler. En underliggende antakelse i dialogisk kunnskapsutvikling er kunnskapens ufullstendige natur og erkjennelsen av at ulike deltakere benytter ulike typer kunnskap. Dermed kan nye forståelser skapes ved å inkludere teoretisk kunnskap og levde erfaringer (Frank, 2005). Min forståelse av både hva som er (ontologisk perspektiv) av kunnskapsutvikling (epistemologisk perspektiv) og av personer som dialogiske, har hatt stor betydning for hvilke metoder som er valgt i forskningsprosjektet for å skape kunnskap.

2.4 Erfaringskunnskap

Det at jeg forstår personers erfaringer som en viktig kilde til kunnskap, gjør at jeg vil bruke plass på å reflektere rundt ulike kunnskapsformer. Erfaringer som kilde til kunnskap utgjør en sentral del av det vitenskapsteoretiske rammeverket for avhandlingen. Avhandlingen er basert på sosialkonstruksjonisme som vitenskapsteoretisk rammeverk, og anerkjenner personers erfaringer som betydningsfulle kilder til kunnskap. En sentral del av avhandlingen innebærer å utforske og reflektere rundt erfaringskunnskap.

I en aristotelisk inndeling av kunnskapsformer deler vi mellom teoretisk (episteme), praktisk (techne) og erfaringsbasert kunnskap (fronesis) (Aristoteles, 2011; Karlsson & Borg, 2021). Det er her tale om en tredeling i ulike former for kunnskap, med lik verdi. Fronesis kan være vanskelig å definere, men blir ofte forstått som en form for *praktisk sunn fornuft* (Klevan et al., 2020). Den er basert på praktisk verdirasjonalitet og er avhengig av prosess og kontekst og utleder dermed ikke universelle regler.

Teoretisk kunnskap i psykisk helsetjenester har hatt en forrang, der evidensbasert kunnskap har toppet kunnskapshierarkiet (Ekeland, 2011, 2021; Karlsson & Borg, 2021). Forskningsbasert kunnskap har blitt snevert forstått som kunnskap basert på randomiserte, kontrollerte studier (RCT). Erfaringsbasert kunnskap har lavere status for praksiser i psykisk helsefeltet, endog om den er forsket frem. Denne graderingen av

kunnskapsformer finner vi i faglige anbefalinger og retningslinjer for psykisk helsetjenester i Norge (Karlsson & Borg, 2021). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse er et eksempel. I retningslinjen er det gjort en gradering av kunnskapsgrunnlaget for anbefalingene der RCT-studier er på topp (Helsedirektoratet, 2011). Erfaringskunnskap graderes ikke like høyt som evidensbasert kunnskap. Samtidig erkjennes personers erfaringskunnskap som et viktig bidrag i planlegging og tjenesteutvikling i flere ulike offentlige planer, strategier og retningslinjer for psykisk helsetjenester (Departementene, 2017; Helsedirektoratet, 2014; Karlsson & Borg, 2021).

Karlsson og Borg (2021) hevder at forskning som skal bidra til kunnskap om hvordan man kan hjelpe et annet menneske, krever at kunnskap utvikles fra minst tre kunnskapskilder: personen selv, fagpersoners erfaringer og forskningsbasert kunnskap i vid forstand. I det ligger at ikke bare de kvantitative RCT-studiene forstås som evidensbasert kunnskap. Også kunnskap som fokuserer på menneskelige erfaringer med psykiske helseutfordringer, er evidensbasert. I erfaringskunnskap gyldiggjøres subjektive opplevelser og beskrivelser. Gjennom dialoger kan subjektive erfaringer få ny mening, både den indre som foregår inne i meg, og i samtale med den andre.

Avhandlingen legger vekt på å løfte frem personers erfaringsbaserte kunnskap om psykisk helsetjenester og Recovery-prosesser, og å systematisere denne kunnskapen for å kunne samarbeide om Recovery-prosesser (Karlsson & Borg, 2017, 2021). Alle deltakeres erfaringskunnskap er viet fokus. Jeg ønsker derfor å avslutte dette kapittelet med å redegjøre for eget ståsted som forsker. Dette fordi også mine erfaringer er viet plass i kunnskap som er utviklet gjennom avhandlingen.

2.5 Eget ståsted med autoetnografiske inspirasjoner

Jeg var selv en ungdom som trøbla, da jeg gjennom oppveksten utvikla et vanskelig forhold til mat og egne følelser. Dette har gitt meg erfaringer med å få hjelp fra psykisk helsetjenester både for barn og voksne. Mange i mitt nettverk og i min familie har erfaringer med å trenge og å få hjelp. Jeg har sånn sett også erfaring som pårørende. Jeg

er utdannet sosionom og har erfaring fra arbeid i ulike velferdstjenester gjennom nærmere 20 år. Der har jeg samarbeidet om Recovery-prosesser med personer med utfordringer jeg kjenner igjen fra eget liv.

Mine erfaringer kan ikke løsrives fra meg som forsker. Forskning er ikke nøytralt. Jeg har derfor latt meg inspirere av autoetnografi. Både for å ha et bevisst forhold til hvordan egne erfaringer er en del av kunnskapsutviklingen, men også for å sette erfaringer aktivt i fokus i forskningsarbeidet (Karlsson et al., 2021; Klevan & Grant, 2022). Jeg har ført forskningsdagbok fra alt samarbeid, samt fra egne refleksjoner underveis. Videre har jeg skrevet ned ideer, spørsmål og tanker som dukket opp både gjennom dialoger, ph.d.-kurs jeg gjennomførte og litteratur jeg leste.

Som stipendiat ble jeg invitert inn i en forskergruppe hvor jeg ble introdusert for autoetnografi. Dette ble en døråpner som ga meg tilgang til hvordan man kan tenke rundt egne erfaringer som kilde til kunnskap. Autoetnografien gir rom for å sette erfaringer i høysetet gjennom det personlige i en kulturell sammenheng. Det fokuseres på subjektive fortellinger og erfaringer hos forskeren (Karlsson et al., 2021). En underliggende antakelse er at dette kan føre fram til ny innsikt og vitenskapelig kunnskap (Brinkmann, 2015; Grant, 2016; Grant & Zeeman, 2012; Karlsson et al., 2021; Olsen, 2015). Autoetnografi kan bidra til at vi italesetter erfaring og at vi metodisk er opptatt av forholdet mellom den observerte og den erfarte virkelighet (Baarts, 2010). Vi lever med historier som er relasjonelle og kroppsliggjorte. Autoetnografi kan muliggjøre en refleksiv historiefortelling, der subjektive erfaringer gjøres gjeldende (Grant & Zeeman, 2012; Karlsson et al., 2021).

Å arbeide med en avhandling er en læring i å bli forsker. For meg har autoetnografi skapt et mulighetsrom i å være bevisst min egen posisjon i dialogiske prosesser der det samarbeides om utvikling av kunnskap (Karlsson et al., 2021). Deltakere og medforskere har blitt invitert inn til å bruke sine erfaringer i kunnskapsutviklingen, heller enn å forsøke å tilstrebe en mer nøytral forskerrolle. Tidlig i avhandlingsarbeidet tenkte jeg på et vis at jeg måtte tre ut av meg selv og inn i en ny akademisk rolle. Denne var jeg redd for ikke å mestre. Nå, mot avslutningen av arbeidet, ser jeg hvordan dette hele tiden var en umulig

oppgave. I alle fall for meg. Nøytralitet i forskning tror jeg ikke vi kan finne. En bevissthet på egen deltakelse i kunnskapsutviklingen og hvordan også egne erfaringer både preger og bidrar til kunnskap, har vært et godt redskap.

Autoetnografi handler om å skrive om menneskers liv ved å ta utgangspunkt i personens liv og erfaring (Brinkmann, 2015). For meg ga autoetnografi en tilgang til å utfordre meg til å skrive mer etisk ved at jeg underveis i skrivearbeidet måtte forholde meg til mine egne erfaringers påvirkning på det jeg skriver. Jeg tenker autoetnografien i så måte har inspirert til transparens. I den forstand at jeg har forsøkt å tilkjennegi for leseren, spesielt i diskusjonskapittelet, hvilke egne erfaringer som har preget meg i møte med deltakere og tematikken i forskningsprosjektet. Hvordan det leses og videre fortolkes, rår jeg ikke over.

2.6 Avsluttende refleksjoner

I dette kapittelet har jeg gjort rede for det vitenskapsteoretiske rammeverk for avhandlingen. Avhandlingen har et ontologisk utgangspunkt i det sosialkonstruksjonistiske og et epistemologisk perspektiv om kunnskap som noe som skapes i dialoger i kontekster. Jeg forstår personer som dialogiske, og deres erfaringer bidrar i samskaping av kunnskap.

Det vitenskapsteoretiske rammeverket gjør at jeg har valgt en begrepsbruk som ikke knytter seg til en diagnostisk forståelse av ungdommer jeg har møtt i forskningsprosjektet. Jeg benytter begrepet *ungdom som trøbler* oversatt fra engelsk *youth troubling* (Soggiu et al., 2019). Begrepet *trøbling* refererer til ungdom som blir påvirket av forskjellige eksterne faktorer som får betydning for deres muligheter til å mestre livene sine. Begrepet utkrystalliserte seg som kunnskap som ble utviklet i første delstudie, og er tatt med videre i forskningssamarbeidet (Soggiu et al., 2019). Trøbbelet forstås her som reaksjoner som oppstår i ulike kontekster som skole, sosiale arenaer og i familien, og ikke som patologiske utfordringer hos den enkelte. Ungdom som trøbler viser dermed til mer dynamiske heller enn statiske forståelser av ungdommers møter med

ulike samfunnsarenaer. Kontekster og omgivelser anses som viktige for hvordan ungdom har det, forstår og reagerer.

Det vitenskapsteoretiske rammeverket jeg har reflektert over i dette kapitlet, har fått konsekvenser for teoretiske inspirasjoner og valg av metodologi for forskningsprosjektet. Teoretiske, forsknings- og erfaringsbaserte inspirasjoner for forskningsprosjektet utdypes videre i neste kapittel.

3 Epistemologiske inspirasjoner

I dette kapitlet løfter jeg frem og reflekterer rundt teoretiske, forsknings- og erfaringsbaserte perspektiver og tilnærminger jeg har latt meg inspirere av i arbeidet med forskningsprosjektet. Jeg belyser forståelse av Relasjonell Recovery gjennom inspirasjoner fra personorientert helsearbeid og teorier om sosialt arbeid. Disse kan gi forståelse til *person i kontekster* for å utvikle hva et samarbeid om Recovery-prosesser kan innebære. Videre hvordan Åpen Dialog og reflekterende prosesser kan bidra til relasjoners betydning for dialogiske samarbeid om Recovery-prosesser. Jeg løfter frem den norske filosofen Hans Skjervheims betraktninger om relasjoner og samarbeid.

3.1 Relasjonell Recovery og Recovery-prosesser

Recovery, i den betydning som er lagt til grunn i arbeidet med avhandlingen, startet som et opprør mot undertrykkelse av personer med psykiske helse- og rusutfordringer i amerikanske brukermiljøer på 1960- og 1970-tallet (Karlsson & Borg, 2017). Opprøret var rettet mot den biomedisinske og psykiatriske forståelsen og dens praksiser. I Recovery-bevegelsens røtter rettes kritikk, basert på lang erfaringskunnskap, mot dehumaniserende praksiser i psykisk helsetjenester (Karlsson & Borg, 2022). Erfaringer med å bli utsatt for tvang, overgrep og undertrykkelse er en del av kritikken, samt fravær av anerkjennelse av personer som unike og udelelige (Karlsson & Borg, 2022).

I avhandlingen fokuserer jeg på ungdommer som trøbler. Forskningskonteksten har vært deres og de pårørendes samarbeid med et ambulant psykisk helseteam. Recovery er mange prosesser som foregår både i og utenfor psykisk helsetjenester. Derav omtaler jeg det som Recovery-prosesser. I disse prosessene inngår livet i sin helhet med de kontekstene ungdommene beveger seg i, som i familien, blant venner, skole og fritidsaktiviteter. Livets mange elementer vil kunne spille inn på hvordan man opplever at man har det. Dette er subjektive opplevelser. Ikke noe som kan måles i symptomreduksjon. En ungdom kan avslutte samarbeidet med hjelpeapparatet for så å møte på nye livsutfordringer som oppstår gjennom et liv, og ønske å gjenoppta samarbeid

om Recovery. I dette ligger en forståelse av Recovery som mange ulike prosesser, og som noe som skjer i forskjellige kontekster og relasjoner. Derav Relasjonell Recovery.

Da forskning på Recovery-prosesser ble utbredt på 1980- og 1990-tallet, ble Recovery først og fremst sett på som en personlig prosess (Borg et al., 2013). Når vi forstår Recovery som både sosiale og personlige prosesser, er fokus på det dynamiske forholdet mellom mennesker og deres hverdag, der levekår, humane tjenester og fellesskap er avgjørende (Biong & Borg, 2016; Borg et al., 2009; Tew et al., 2012). Denne oppfatningen av Recovery skiller seg fra det kliniske synet på recovery som behandlingens upartiske mål og effekt (Slade, 2009). Her skriver jeg med liten r, for å gjøre et poeng ut av skillet mot å forstå recovery slik det er internalisert i dagens biomedisinske og psykiatriske forståelser av psykisk helse (Karlsson & Borg, 2017). Hvis vi ser på Recovery som kun en personlig prosess, risikerer vi å overse de delene av Recovery-prosessene som handler om individenes levekår i samhandling med personlige nettverk og tjenesteleverandører (Topor et al., 2011). Vi risikerer å individualisere samfunnsspørsmål som begrenser mennesker og påfører dem vanskeligheter. Vi kan gjøre dem ansvarlig for sine egne Recovery-prosesser uten å gi dem tilgang til tjenester og livsbetingelser de trenger (Karlsson & Borg, 2017). Karlsson og Borg (2022, s. 25) skriver at:

Recovery-prosesser, er levekår og livssituasjon, tilgjengelig og meningsfull hjelp, opplevelse av håp og mening, fysisk helse, medisinbruk, tilgjengelige og tilpassede aktiviteter og arbeid, bolig, familie og sosialt nettverk og kulturforståelse.

Topor et al. (2022) fant at Recovery de siste tiårene har blitt definert som en individualistisk reise for å endre personer og deres oppfatninger av sin situasjon. Altså ble Recovery forstått som noe knyttet til personer uavhengig av kontekster. Forfatterne fant at Recovery foregår hele tiden og i helt ulike situasjoner. Recovery følger ikke av bestemte metoder eller planer som passer for alle. Det er et spørsmål om sosiale og materielle endringer (Topor et al., 2022). Topor et al. (2022, s. 11) foreslår derfor en definisjon av Recovery som følger (min oversettelse):

Recovery er en dypt sosial, unik og delt prosess der våre livsbetingelser, materielle omgivelser, sosiale relasjoner og selvfølelse utvikles. Det handler om å strebe etter å leve tilfredsstillende, håpefulle og gjensidige liv, selv om vi fortsatt kan

oppleve trusler, stressende sosiale situasjoner og engstelse. Recovery innebærer å engasjere seg i møter og dialoger der nye måter å forstå og håndtere sin situasjon på skapes når vi beveger oss ut over den psykososiale-materielle krise.

I avhandlingen legger jeg til grunn en forståelse av Recovery som Relasjonell Recovery. Forskning på Relasjonelle Recovery-prosesser og historiene folk forteller om sine erfaringer, viser at tilknytning til mennesker og lokalsamfunn, håp og tro på fremtiden, og gjenoppbygging av en positiv identitet og mening er viktig (Leamy et al., 2011; Sælør et al., 2014). Bedring beskrives som en prosess som gis gjennom støttende og omsorgsfulle relasjoner og miljøer. Recovery-prosessen foregår i kontekster som er av betydning for prosessen. I denne forståelsen av bedring settes fokus på de subjektive opplevelsene av å bli frisk og ikke på å bli fri for symptomer eller alle problemer (Leamy et al., 2011).

Forskning på Recovery-prosesser har fastslått at dynamikken mellom hverdagen og personlig hjelp basert på en persons behov, livsmål, drømmer og håp er viktig (Biong & Borg, 2016; Biong & Soggiu, 2015; Borg et al., 2009; Tew et al., 2012). Å få hjelp til å forbedre livskvalitet er knyttet til relasjoner og samarbeid med fagpersoner om områder og mål som brukere finner viktige (Biong & Soggiu, 2015). Biong og Soggiu (2015) studerte brukeres opplevelser av psykososial oppfølging fra et psykisk helse- og rusteam. De observerte et fenomen de kalte *gripe det i hendene og gjøre noe med det*, som refererer til en måte å tilby hjelp basert på tjenestebrukeres daglige behov. Kunnskap fra den aktuelle studien viste et tilsvarende behov for fleksible tjenester (Biong & Soggiu, 2015). Hjelpen som tilbys, er bred i skala, fra praktisk til psykologisk og mer tradisjonell samtaleterapi.

Karlsson og Borg (2022) framholder at begrepet Relasjonell Recovery er en understrekning av at Recovery står i humane og sosiale tradisjoner der den grunnleggende ideen er at mennesker er avhengige av hverandre. Begrepet ble utviklet som en problematisering av en akontekstuell og individualistisk forståelse av Recovery (Karlsson & Borg, 2022; Price-Robertson et al., 2016).

Relasjonell Recovery som ramme for samarbeid om Recovery-prosesser kan muliggjøre og holde fokus på menneskerettigheter, medborgerskap og utfordringer knyttet til sosial ulikhet (Karlsson & Borg, 2022). I avhandlingen beskrives Recovery-prosesser som både en sosial og personlig prosess som krever en omfattende portefølje av verktøy for samarbeid. Et vesentlig fokus i samarbeidet er å bygge gode relasjoner over tid. Videre beskrives mennesker som dialogiske i en kontekst. Sentrale elementer i personorientert helsearbeid og sosialt arbeid blir også løftet frem som viktige for kunnskapingen i forskningsprosjektet.

3.1.1 Kunnskap om ungdommers Recovery-prosesser

Mye av forskningen som er gjort på Recovery-prosesser, er gjort blant voksne mennesker med psykiske helseutfordringer. Det som gjelder for voksne mennesker, kan være likt og ha stor overføringsverdi til ungdom. Samtidig er det store forskjeller på mennesker uavhengig av kulturer, interesser, hvor man vokser opp og hvordan, der det eneste ungdom som gruppe har til felles er alder. Rayner et al. (2018) hevder at kunnskap utviklet om Recovery ikke er undersøkt for om det kan overføres til også å gjelde ungdom. Kelly og Coughlan (2019) har utviklet en modell for ungdommers Recovery som fokuserer på: a) karakteristikk for ungdommers Recovery-prosesser, b) fasilitatorene for ungdommers Recovery-prosesser og c) barrierene for ungdommers Recovery-prosesser. Modellen innebærer at psykisk helsearbeidere bør rette oppmerksomhet mot relasjoner mellom ungdom, foreldre, tjenester, jevnaldrende, skole og samfunn. Forskerne Moberg et al. (2022) hevder at forskning på ungdoms Recovery-prosesser er viktig fordi selvbestemmelse og deltakelse er av betydning i Recovery, og dette kan være ulikt for voksne og unge. Ungdom under myndighetsalder har i utgangspunktet mindre selvbestemmelse på en del områder. De lever med foreldre/foresatte som har myndighet på viktige livsområder hvor de fleste voksne bestemmer selv. I sammenhenger med unge mennesker som erfarer psykiske helseutfordringer, må selvbestemmelse og deltakelse avklares og fremheves. Dette gitt at ungdom (her forstått som under myndighetsalder) er underordnet to systemer; foresatte og psykisk helsetjenester (Moberg et al., 2022). Moberg et al. (2022) hevder at selvbestemmelse og deltakelse i Recovery-prosesser er et

relativt utforsket område blant ungdom. De har gjort en reviewstudie for å undersøke dette i detalj.

Moberg et al. (2022) fant følgende hovedfunn i sin reviewstudie: (1) Recovery er en individuell reise, (2) ambivalens og aksept er sentrale elementer i Recovery-prosesser, (3) familien og jevnaldrende spiller en viktig rolle i ungdoms Recovery, (4) håp, optimisme og tilhørighet bidrar til Recovery, (5) å fremme autonomi og deltakelse er avgjørende i en ungdoms Recovery-prosesser, (6) å bli hørt og involvert er avgjørende for å skape *ungdomsvennlige* psykisk helsetjenester, (7) det finnes hindringer i Recovery-prosesser og (8) Recovery påvirker fremtiden.

Flere av artiklene i reviewstudien pekte på at ungdom oppfatter Recovery som en individuell prosess og en reise med både oppturer og nedturer (Moberg et al., 2022). Videre fant Moberg et al. (2022) at det var usikkerhet knyttet til om Recovery var mulig eller ikke. Dette skyldtes ofte en spenning mellom unge menneskers egne refleksjoner om bedring og hvordan Recovery ble beskrevet av fagfolk og foreldre. Derfor kan det være viktig å tilby fleksible og tilpasningsdyktige tjenester for ungdom. Videre er nettverket rundt ungdom ofte avgjørende for hvordan de ser og forstår seg selv, og deres reaksjoner og forventninger kan både hjelpe og ødelegge Recovery-prosesser (Moberg et al., 2022).

Ungdoms Recovery-prosesser er preget av usikkerhet og ambivalens (Moberg et al., 2022). Ungdom ble beskrevet som mer biomedisinsk orientert enn voksne når det gjaldt å forstå psykiske helseutfordringer. Ambivalens ble dermed beskrevet som en sentral del av Recovery-prosesser (Moberg et al., 2022). I reviewstudien viser de til at Kelada et al. (2018) fant at det å håndtere ambivalens på en rolig og forståelsesfull måte i samarbeidet om Recovery-prosesser var av betydning fra både fagfolk og foresatte (Moberg et al., 2022). Videre at generell kunnskap om tilbakeslag i Recovery-prosesser må aksepteres av alle som er involvert rundt helsen til unge, og at familien spiller en viktig rolle i en ungdoms Recovery-prosesser (Moberg et al., 2022).

Et annet funn i reviewstudien dreide seg om familie og venners betydning i Recovery-prosesser (Moberg et al., 2022). Forskerne fant at flere artikler understreket dette, og spesielt viktigheten av familien (Moberg et al., 2022). Venners betydning blir understreket som viktig for å finne trøst og gjensidige erfaringer (Moberg et al., 2022). En helhetlig tilnærming til bedring innenfor et økologisk rammeverk, som inkluderer familie, venner og psykisk helsetjenester, blir dermed understreket som viktig i ungdommers Recovery-prosesser (Moberg et al., 2022).

Når det gjaldt ungdoms deltakelse og selvbestemmelse, peker Moberg et al. (2022) på spenningen som ofte oppstår i ungdomspsykiatrien når fagpersoner forventes å involvere ungdom og oppmuntre til agency i en kontekst der foreldre noen ganger beskrives som overbeskyttende. Forskerne fremhever deltakelse og makt som kjernekomponenter i ungdommers Recovery-prosesser og et drivstoff som kan føre til større kontroll over ens eget liv (Moberg et al., 2022).

Moberg et al. (2022) beskriver behovet for ungdomsvennlige psykisk helsetjenester hvor viktige elementer er fleksibilitet, terapeutisk allianse, tillit og tilnærminger som fremmer personlige Recovery-prosesser. Når det gjaldt tilnærminger som støttet Recovery-prosesser, ble betydningen av relasjoner vektlagt (Moberg et al., 2022). Stigma blir av Moberg et al. (2022) beskrevet som en barriere i ungdoms Recovery-prosesser, og de understreker at ungdomsvennlige psykisk helsetjenester bør arbeide med å fremme relasjoner med nettverk og i lokalsamfunn. Videre at Recovery-prosesser med ungdom bør fokusere på samarbeid om å finne mål, ambisjoner, håp, tro og drømmer for framtida.

3.1.2 Personer i Relasjonelle kontekster

En Relasjonell forståelse av Recovery-prosesser krever praksiser i psykisk helsearbeid som retter oppmerksomheten mot livsbetingelser som ligger både i omgivelser og kontekster personer lever i. En individualistisk og biomedisinsk forståelse av recovery fokuserer i stor grad på å redusere symptomer fra sykdommen. En Relasjonell forståelse av Recovery handler om å endre livsbetingelser og å skape omgivelser som støtter personers muligheter for vekst og utvikling, både på individ-, gruppe- og samfunnsnivå. Det å hente

inspirasjoner fra ulike fags tilnærminger for å forstå personer i sin kontekst, som sosialt arbeid, kan bidra til å utvikle praksiser for Relasjonell Recovery i psykisk helsearbeid (Karlsson & Borg, 2017; Topor et al., 2022).

Å fokusere på livsbetingelser, omgivelser og kontekster i psykisk helsearbeid vil kunne understøtte ungdommers Recovery-prosesser. Henter vi inspirasjon fra sosialt arbeid, er *person i situasjon* et kjent begrep for å forstå personer i sin kontekst (Levin, 2004). I personorientert helsearbeid settes personen i sentrum. McCormack og McCance (2006, 2010, 2017) har utviklet et rammeverk for slike praksiser. Rammeverket utgjøres av (1) makrokontekst, (2) forutsetninger, (3) miljø og (4) personorienterte prosesser.

Makrokontekst dreier seg om helse- og sosialpolitikk, rammebetingelser, utvikling av arbeidsstyrken og strategisk ledelse. Som forutsetninger for personorienterte praksiser vektlegges profesjonell kompetanse, utvikling av personlige ferdigheter hos fagpersonene, engasjement for jobben, fokus på verdier og etikk, og å kjenne seg selv som fagperson og menneske. Miljøet for praksisene må understøtte delte beslutningssystemer inkludert en maktdeling som motiverer fagpersoner til innovasjon og risikotaking som utfordrer praksisene. De fysiske omgivelsene må også være tilrettelagt for personorienterte praksiser. Til sammen skal dette rammeverket bidra til at fagpersonene kan samarbeide med brukere om personorienterte prosesser, hvilket innebærer engasjerte fagpersoner med en empatisk tilstedeværelse. Disse prosessene består av delt beslutningstaking og helhetlig omsorg (McCormack & McCance, 2006, 2010, 2017).

I sosialt arbeid er analyseenheten flerdimensjonal. Fokus rettes mot individet eller gruppen sett i forhold til samfunnet (Hamilton, 1951). «Sosialt arbeid fremtrer og blir til gjennom det en gjør mer enn hva det er», skriver Levin (2004, s. 7). Hun skriver videre at faget alltid må ses i den kontekst og det samfunn det står i med ulike spenningsfelter som spennet mellom teori og praksis, hjelp og kontroll og individ og samfunn. Hansen og Solem (2017) beskriver sosialt arbeid som en situert praksis som er plassert i ulike kontekster eller felt der de kulturelle og sosiale rammene spiller inn og må vektlegges.

Der personorientert helsearbeid setter personen i fokus for samarbeidet og analyserer kontekster på ulike nivåer, så navnettes dette i sosialt arbeid som *personen i situasjonen* (Hamilton, 1951). Det handler om å se personer i relasjoner til samfunnet, i relasjon mellom medlemmer av grupper og samfunnet (Levin, 2004). Sosialt arbeids praksiser foregår dermed på individ-, gruppe- og samfunnsnivå. Gjennom sosialt arbeids utvikling i Vesten har spenningen mellom individ og samfunn stått sentralt i forskjellige praksiser. Pionerene Mary Richmond og Jane Addams representerer to ulike retninger i sosialt arbeid. Richmond sto for utviklingen av en individrettet praksis der medisinen ble brukt som inspirasjon til å arbeide mot å stille en *sosial diagnose* (Richmond, 1917). Den sosiale diagnosen skulle sette sosialarbeideren i stand til å se hvilke problemområder i livet som personen sammen med sosialarbeideren skulle arbeide med. Den sosiale diagnosen førte til arbeidsmetoder som *sosial saksbehandling* (social case work), som er en behandling av personers individuelle problemer (Richmond, 1922). Addams utviklet en mer samfunnsendrende praksis (samfunnsarbeid) der sosialarbeiderne arbeidet sammen med grupper ut fra en forståelse av individers utfordringer som symptomer for at noe var i veien med samfunnet. Sosialarbeidere ved Hull-House i Chicago bosatte seg i et fattig område og samarbeidet med innbyggerne for å oppnå målene og ønskene deres. Med utgangspunkt i innbyggernes perspektiver jobbet de for å skape samfunnsendringer som kunne forbedre deres levekår (Addams, 1910). Addams ville ikke benytte begrepet klient eller *saker* (cases), og omtalte de hun samarbeidet med, som naboer (Franklin, 1986). Samfunnet var analyseenheten, og samarbeid om samfunnsendringer var målet for det sosiale arbeidet.

Det å forstå personers psykiske helseutfordringer i en samfunnsmessig sammenheng og Recovery-prosesser som relasjonelle, har betydning for utviklingen av praksiser i psykisk helsearbeid og hvordan vi forstår fagpersoners oppgaver. Jeg har valgt en begrepsbruk rundt ungdommers trøbling der deres livsvansker ses i sammenheng med de omgivelser de lever i. Hansen og Solem (2017) beskriver sosialt arbeid som noe som skjer i kontekst. Ellingsen et al. (2021) beskriver også sosionomen og ikke bare praksiser som kontekstualisert. Fagpersoner er også i kontekster i sine samarbeid med ungdommer og

foreldre. Deres historier og erfaringer er en del av samarbeid de inngår i. Spørsmålet er om den italesettes eller om den forblir taus.

Psykisk helsearbeid og Relasjonell Recovery innebærer å jobbe med kontekster, omgivelser og nettverk for å understøtte personers egne mål og utvikling. Det å se personer i sin kontekst og å ta i bruk tilnærminger som bidrar til å endre omgivelsesbetingelser, er sentralt. Dette står i fokus når man ønsker å utvikle praksiser som understøtter de subjektive målene for Recovery-prosesser, personers myndiggjøring, og det å gjenvinne kontrollen over sine egne livsbetingelser.

3.1.3 Dialogisk samarbeid om Recovery-prosesser

Jaakko Seikkula og Tom Andersen har begge utforsket dialogers muligheter i terapeutisk arbeid (Andersen, 1991, 1995, 2021; Seikkula, 2008, 2011, 2012; Seikkula & Arnkil, 2013). Andersen arbeidet med reflekterende prosesser og team som sprang ut av et ønske om å endre språket og forståelsesrammene i 80-tallets praksiser i psykisk helsetjenester. Andersen og kollegaer arbeidet med tilnærminger hvor vektlegging av anerkjennende og mellommenneskelig berøring ble gitt hovedfokus. Innenfor familierapien ble det utviklet metoder for reflekterende prosesser, som reflekterende team. De ulike aktørene som deltar, gjør skifter mellom indre og ytre dialoger ved å lytte og deretter gis mulighet for å italesette egne refleksjoner, mens andre deltakere lytter og reflekterer (Andersen, 2021). Seikkula og kollegaer fokuserte på behandling og oppfølging av personer med psykoser og utviklet Åpen Dialog i nettverksmøter (Seikkula & Arnkil, 2013). I Åpen Dialog finner vi det samme skiftet mellom indre og ytre dialoger. Å gi deltakerne mulighet til å snakke høyt, og likeverdighet i relasjoner, var grunnleggende i nettverksmøtene i samarbeid om behandling ved psykoser. Sju hovedprinsipper for Åpen Dialog i nettverksmøter er: 1) Umiddelbar hjelp, 2) Sosialt nettverksperspektiv, 3) Fleksibilitet og mobilitet, 4) Teamets ansvar, 5) Psykologisk kontinuitet, 6) Toleranse for usikkerhet, og 7) Dialogisme (Seikkula & Arnkil, 2013). Til grunn for Åpen Dialog ligger tanken om at menneskers liv er dialogisk, og også vansker og kriser kan møtes gjennom dialoger (Bøe, 2020; Seikkula & Arnkil, 2013). Psykiske helseutfordringer kan henge sammen med ulike former for sammenbrudd eller fravær av dialoger og relasjoner forstått som nære

relasjoner, på sosiale arenaer som skole og arbeidsliv og på samfunnsnivå (Bøe, 2020). Psykisk helsearbeid handler om å legge til rette for dialoger mellom mennesker i nettverkene og kontekstene de befinner seg i, heller enn å forsøke å endre personer, ifølge Bøe (2020). Recovery-prosesser og dialoger foregår i flere kontekster enn i psykisk helsetjenester. Seikkula og Arnkil (2013, s. 10) beskriver dialogisitet som noe mer enn en metode:

Dialogisitet er for oss ikke en metode, men en innstilling, en holdning, en måte å være på overfor andre mennesker, og dialogisitetens kjerne er en grunnleggende relasjon fundert på *annerledeshet*: Alle mennesker er likeverdige, men ikke like.

Jeg forstår dermed Åpen Dialog som mer enn en tilnærming i psykisk helsearbeid (Karlsson & Borg, 2017). Jeg skriver det derfor med store bokstaver og betegner det i det videre som Åpne Dialoger i flertall. Dette for å markere at jeg forstår Åpne Dialoger som noe mer enn en strømlinjeformet metode for dialog. Jeg forstår det som en holdning og en tilnærming i livet, mer enn en statisk metode knyttet kun til en klinisk virksomhet i psykisk helsearbeid. Det bygger på en forståelse av mennesker som dialogiske i sine relasjonelle kontekster langt ut over de dialoger som foregår i psykisk helsetjenester.

I avhandlingen benytter jeg det dialogiske for å forstå, utdype og utvikle kunnskap om samarbeid både om Recovery-prosesser og kunnskapsutvikling generelt. Felles for Åpne Dialoger og reflekterende prosesser er at man forsøker å redusere ekspertrollen, der eksperten stiller seg over brukeren som en objektiv aktør. Relasjoner mellom fagperson og bruker er allikevel asymmetriske da personene har ulike posisjoner som basis for relasjonen (Karlsson & Borg, 2017). Maktrelasjoner finnes overalt. Dialoger og relasjonen mellom fagperson og bruker vil være avgjørende for hvordan fagpersonen bruker makten på en positiv eller negativ måte (Foucault, 2019; Karlsson & Borg, 2017). Seikkula og Arnkil (2013, s. 13) skriver at «Lar du klienten vise vei, må du tåle usikkerhet». Videre skriver forfatterne om hvordan en dialogisk rettet fagperson ikke lenger skal forsøke å kontrollere planene, men ta del i en gjensidig, felles prosess som «beveger seg steg for steg, fra det ene øyeblikket til det neste – uten at noen fagpersoner styrer det som skjer, og driver prosessen fremover ved å bruke metoder og intervensjoner» (Seikkula & Arnkil, 2013, s. 18–19). I Åpne Dialoger og reflekterende prosesser inntar fagpersoner en

posisjon som deltakere i prosessene. Man vet ikke svarene på forhånd, og deltakerne er i en gjensidig dialogisk prosess der samskaping mellom ulike aktører oppstår i dialoger og i prosesser. I samarbeid deltar vi som de menneskene vi er, med den historien og de erfaringer vi har. Samarbeid foregår i kontekster av kultur, historie og språk. Slik kan vi utfordre ekspertposisjonen i arbeidet med Relasjonell Recovery (Karlsson & Borg, 2017).

3.1.4 Nærhet og distanse i samarbeid om Recovery-prosesser

Strauss et al. (2009) hevder at fagpersoner i opplæring til å bli profesjonelle i psykisk helsetjenester læres i å skyve vekk det subjektive hos seg selv og brukerne. Videre hevder de at fagpersoner heller burde se på egne subjektivitetsfiltre og forsøke å forstå hvordan deres opplæring også hindrer dem i å bli gode fagpersoner i psykisk helsetjenester (Strauss et al., 2009). Om relasjoner i samarbeid om Recovery-prosesser preges av distanse mellom deltakerne, er det bekymringsfullt. Flere studier har vist at det motsatte er det som virker hjelpsomt i personers Recovery-prosesser (Borg & Kristiansen, 2004; Denhov & Topor, 2012). Flere studier, også delstudie 2 i forskningsprosjektet, har vist at brukere ønsker relasjoner som ikke bare er profesjonelle i snever forstand, men også har en personlig dimensjon (Ljungberg et al., 2017; Soggiu et al., 2020). Betydningen av relasjonen anses å ha større innvirkning enn de terapeutiske metodene i arbeidet med Recovery-prosesser (Denhov & Topor, 2012). Flere studier om Recovery-prosesser viser at brukere ofte benytter begreper som *god kjemi* når de beskriver positive samarbeid med fagpersoner, som et tegn på en god relasjon (Borg & Kristiansen, 2004; Denhov & Topor, 2012; Ness, 2016; Topor et al., 2018). Skatvedt (2013) så på småprat som terapeutisk verktøy da hun studerte hva som førte til bedring. Skatvedt (2013) benevnte det hun fant vakkert ved å kalle det *røykepausen som kjærlighetsuttrykk*. Hun beskriver hverdagslige situasjoner, utenfor det tradisjonelt terapeutiske arbeidet, der fagpersoner og brukere møtes som likeverdige parter (Skatvedt, 2013). Disse situasjonene var det brukerne beskrev som hjelpende da hun spurte om deres Recovery-prosesser i en behandlingsinstitusjon (Skatvedt, 2013).

Nærhet og distanse både i samarbeid om hjelp og i forskning er et kjent dilemma for hvor nært man kan gå i relasjoner i en profesjonell rolle (Henriksen & Vetlesen, 2006; Repstad,

2007). I en tradisjonell biomedisinsk modell for profesjonell hjelp har fagpersonene kunnskap om hva som hjelper, og brukerne anses å ha behov for den kunnskapen for å bli bedre. Den profesjonelle hjelperrollen er mest preget av kunnskap, distanse og nøytralitet (Parsons, 1951).

Ifølge teorier om terapeutiske allianser skal relasjoner bygges på gjensidig avhengige faktorer når det gjelder enighet om mål og oppgaver. Et bånd bygget på gjensidig tillit og aksept, er avgjørende for alliansen (Bordin, 1979). Dersom bedring forstås som kun klinisk, kan en personlig relasjon i samarbeidet ses på som mindre viktig eller i noen tilfeller forstyrre den profesjonelle hjelpen som gis. En Relasjonell Recovery-orientert praksis vektlegger et likeverdig forhold når det gjelder kunnskapsforståelse, hvor levd erfaring anses som en viktig kompetanse i psykisk helsearbeid. Relasjonen mellom bruker og fagperson bør i seg selv vektlegges i disse bedringsprosessene (Denhov & Topor, 2012).

Den norske filosofen Hans Skjervheim utga i 1957 et kjent essay *Deltakar og tilskodar* (Skjervheim, 1996). Han skriver om å innta *en deltakerposisjon* som en motsetning til *tilskuerposisjonen* (Skjervheim, 1996). Tilskueren observerer et objekt, mens deltakeren deltar i en relasjon som subjekt. Skjervheim (1996) beskriver dette som en treleddet relasjon, mellom *den andre*, meg og saken. To subjekter samhandler om det som er objektet, saken. I en tilskuerposisjon vil man objektivere den andre, betrakte fra utsiden. I motsatt posisjon vil deltakerne la seg engasjere i den andre og delta sammen i en felles utforskning av saksforholdet. Knyttet til temaene i avhandlingen kan vi tenke oss at for en ungdom som samarbeider om bedring med en fagperson, kan saken være at hen har droppet ut av skolen. Med utgangspunkt i Skjervheim (1996) kan fagpersonen velge mellom å innta to posisjoner. Enten som en bevisst personlig ferdighet, å delta og la seg engasjere av ungdommens utfordringer (deltakerposisjon), eller bare lytte til det som ble sagt, observere og vurdere (tilskuerposisjon). De kan møtes i en treleddet relasjon der fagpersonen og ungdommen møtes som subjekter i dialoger om saken som for eksempel kan være *drop-out* fra skolen. Subjektene skal bidra til å løse utfordringene sammen, med bakgrunn i ulik kunnskap, erfaringer og kompetanse. Slik kan ungdommens utfordringer

løftes vekk fra å være egenskaper som definerer personen (Skjervheim, 1996; Soggiu & Biong, 2017).

Samarbeid i relasjoner om Recovery-prosesser og om kunnskapsutvikling er sentralt i forskningsprosjektet både tematisk, i forskningsspørsmål og i funn fra delstudier. Det er også det dialogiske. Det relasjonelle og likeverdige både i hjelperelasjoner og i samarbeidsbasert kunnskapsutvikling kan forstås, belyses og hjelpes av Skjervheims (1996) beskrivelser av treleddede relasjoner. Det å la samarbeidet preges av samhandling i en deltakerposisjon kan bety at man må skape kontekster hvor man møtes som likeverdige subjekter.

3.2 Avsluttende refleksjoner

I dette kapitlet har jeg reflektert rundt noen sentrale teoretiske, forsknings- og erfaringsbaserte perspektiver og tilnærminger som har betydning for hvordan jeg forstår samarbeid om Recovery-prosesser og kunnskapsutvikling i psykisk helsearbeid med ungdom. Åpne Dialoger og reflekterende prosesser har vært en inspirasjon både for å forstå mennesker, Recovery-prosesser og kunnskapsutvikling dialogisk. Rammeverket for det personorienterte helsearbeidet og sosialt arbeids fokus på brukere, fagpersoner og praksiser som en del av kontekster og samfunnsbetingelser har gitt viktige bidrag til å forstå personer kontekstuellt. Brukerbevegelsenes kamp mot ekspertvelde i psykisk helsetjenester er en viktig bidragsyter til min forståelse av Relasjonell Recovery. Recovery-prosesser skjer i et relasjonelt samarbeid hvor omgivelser og samfunnsbetingelser spiller en rolle. Samarbeidet er avhengig av personenes egne mål for bedring. Relasjoner mellom subjekter i samarbeid om Recovery-prosesser og om kunnskapsutvikling i psykisk helsearbeid med ungdom henter inspirasjon fra Skjervheim (1996). Den treleddede forståelsen kan utfordre tradisjonelle forståelser av profesjonell hjelp som noe som innebærer en nøytral hjelper i møte med en bruker som ønsker hjelp. Samarbeid krever likeverdige samarbeidspartnere der erfaringer og kunnskaper hos deltakerne verdsettes likt og ikke hierarkisk.

I det videre vil jeg reflektere rundt hvordan det vitenskapsteoretiske rammeverket og teoretiske inspirasjoner har påvirket våre valg av metodologi. Målet er å utvikle kunnskap om samarbeid om Recovery-prosesser og kunnskapsutvikling i psykisk helsearbeid med ungdom.

4 Valg av metodologi

I dette kapittelet redegjør jeg for avhandlingens metodologi, design, metoder for dataskaping, analyser og etiske refleksjoner i forskningsarbeidet. Med utgangspunkt i det vitenskapsteoretiske rammeverket reflekterer jeg rundt hvilke valg vi har gjort av metoder og design for å utforske målene i forskningsprosjektet og belyse og besvare forskningsspørsmålene: (1) Hvordan samarbeider fagpersoner med ungdom og foreldre om Recovery-prosesser i psykisk helsearbeid med ungdom? (2) Hvordan skape og fasilitere samarbeidsbasert kunnskaps- og tjenesteutvikling i psykisk helsearbeid med ungdom?

4.1 Forskningskontekst

Forskningsprosjektet er gjennomført over en periode på 6,5 år med oppstart i januar 2017. Jeg har vært ansatt i en fulltids stipendiatstilling ved Universitetet i Sørøst-Norge (USN), Senter for psykisk helse og rus (SFPR), Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag ved Campus Drammen. Deler av stipendiatperioden tilbrakte jeg ved Yale University, School of Medicine, Psychiatric Department, Program for Recovery and Community Health (PRCH), som besøkende forsker og Fulbright Scholar. Både SFPR ved USN og PRCH ved Yale er forskningsmiljøer med tydelige profiler for medarbeidere med erfaringskompetanse, med full deltakelse i beslutningsprosesser, som driver kunnskapsutvikling om Recovery-prosesser basert i samarbeidsbaserte forskningsmetoder (Davidson et al., 2009; Karlsson & Borg, 2021).

Forskningsprosjektet ble gjennomført i en mellomstor norsk kommune. Kommunen hadde god økonomi blant innbyggerne, gode levekår når det gjaldt for eksempel inntekt, psykisk helse og levealder. For å undersøke samarbeid om Recovery-prosesser og metoder for samarbeidsbasert forskning ble et ambulant psykisk helseteam i kommunen valgt som samarbeidspartner. Teamet arbeidet med ungdom fra 13 til 23 år og deres pårørende og nettverk. Målgruppen for teamets arbeid var unge som strevde i hverdagen på grunn av psykiske og sosiale vansker. Teamet jobbet med å gi støtte til ungdom for å tilrettelegge for aktiviteter som skole eller arbeid. Teamets medlemmer var utdannet

innen sosial- og helsefag samt pedagogikk. Flere av de ansatte hadde i tillegg ulike videreutdanninger.

Teamet var en del av den kommunale barne- og ungdomstjenesten. Det var lav terskel for inntak av brukere, ved at det for eksempel ikke var krav om diagnose for å få hjelp. Foreldre eller ungdommer kunne selv henvende seg om de ønsket hjelp. Samarbeidspartnere ved skoler og andre velferdstjenester kunne også ta kontakt. Teamet beskrev at ungdommene de samarbeidet med, hadde ulike utfordringer, hvor mange hadde vansker knyttet til skolegang. Flere av ungdommene de samarbeidet med, hadde vært eller var fortsatt i behandling i barne- og ungdomspsykiatrien. I oppstarten av samarbeidet med teamet brukte vi tid på at fagpersonene skulle beskrive egen virksomhet. De beskrev seg da som *den røde tråden* som skulle sørge for at tjenestene hang sammen. De tok ansvaret for at ungdommene og foreldrene ikke skulle koordinere alle hjelpetiltak selv.

4.2 Samarbeidsbasert forskningsmetodologi

I det vitenskapsteoretiske rammeverket valgte vi tilnærminger for prosjektet som muliggjorde kunnskaping i dialoger med utgangspunkt i deltakernes erfaringer. Forskningsprosjektet ble derfor gjennomført i samarbeidsbasert forskningsmetodologi med kvalitative metoder (Beresford, 2003; Borg & Kristiansen, 2009; Karlsson & Borg, 2021). Samarbeidsbasert forskning antas å være særlig hensiktsmessig i prosjekter som fokuserer både på å utvikle kunnskap og nye praksiser (Borg & Kristiansen, 2009; Bradbury & Reason, 2008; Karlsson & Borg, 2021; Kemmis, 2006). Det å gjennomføre forskning sammen med personer som har erfaringer med psykiske helseutfordringer, gjør det mulig å trekke vekslers på personers erfaringer med hva som er til hjelp og hinder i deres Recovery-prosesser (Davidson et al., 2009; Karlsson & Borg, 2021). Metodologisk har det vært viktig å benytte metoder som gjør det mulig å forske *med* fremfor *på* forskningsdeltakerne (Bradbury & Reason, 2008). Designet og metodene valgt for forskningsprosjektet kan også skape gjenkjennelse innen aksjonsforskning. Vi har hentet inspirasjon til utvikling av design og metoder fra litteratur og studier innenfor en samarbeidsbasert forskningstradisjon. I dette lå at vi antok at kunnskap kunne skapes i

dialoger og samarbeid med deltakerne. Som forsker har jeg derfor samarbeidet med forskningsdeltakerne om kunnskapsutvikling i hele forskningsprosessen (Askheim, 2016; Askheim & Høiseth, 2019; Beresford, 2003; Borg & Kristiansen, 2009; Karlsson & Borg, 2021; Ness & von Heimburg, 2020, 2021).

4.2.1 Kompetansegruppa

Med inspirasjon fra forskere som arbeider med samarbeidsbasert forskning, ble det etablert en gruppe med medforskere ved prosjektets oppstart (Borg & Kristiansen, 2009; Karlsson & Borg, 2021; Rose, 2009; Rose et al., 2011). Jeg benevner den i det videre som *Kompetansegruppa*, som er et begrep som går igjen i samarbeidsbaserte forskningsprosjekter (Borg et al., 2015; Karlsson & Borg, 2021). Samarbeidsbasert forskning er avhengig av bredt sammensatte forskningsmiljøer og at «kompetansegrupper kan gi mulighet for å dele, belyse og reflektere over faglig og forskningsbasert kunnskap sammen med erfaringsbasert kunnskap» (Karlsson & Borg, 2021, s. 155). Wulf-Andersen et al. (2021a) hevder at forskning med unge mennesker starter med en anerkjennelse av dem som bevisste, reflekterte aktører. Det bygger på en fundamental tro på at deres erfaringer er relevante bidrag og at det er mulig for dem å oppnå innflytelse over ting av betydning. Forfatterne appellerer videre til å ta i bruk et bredt spekter av metoder og strategier for å invitere og aktivisere unge menneskers perspektiver, tanker og refleksjoner i forskning (Wulf-Andersen et al., 2021a). Forfatterne nevner foto, musikk, selv-filming med videre som eksempler på metoder som kan skape rom og trygghet som deltakere i dialoger i forskning (Wulf-Andersen et al., 2021a).

Det ambulante psykisk helseteamet bidro med rekruttering av medlemmer til Kompetansegruppa. Den har bestått av to ungdommer og to foreldre som samarbeidet om tjenester med teamet og to fagpersoner fra andre tjenester i kommunen. Kompetansegruppa har gjennom hele prosjektperioden bestått av de samme seks personene. Vi betegnet dem som medforskere i arbeidet med forskningsprosjektet.

Turner og Beresford (2005) understreker at følgende må ivaretas for å lykkes i samarbeidsbaserte forskningsprosjekter: (1) Klare mål for prosjektet som alle forstår og

kan stille seg bak, (2) vennlighet og god kommunikasjon, som gjør at folk føler seg ønsket og får lyst til å bidra, (3) nødvendig informasjon, opplæring og veiledning, (4) betaling og gode arbeidsforhold og (5) løpende informasjon om ulike sider ved prosjektet.

Med dette som bakteppe valgte gruppa å møtes jevnlig, to ganger i halvåret. Gruppa samlet har bidratt til alle deler av prosjektet. Noen gruppemedlemmer har hatt oppgaver ut over det resten av gruppa har hatt, som analysearbeid til delstudie 2 og deltakelse i reflekterende prosesser i delstudie 3. Jeg møtte derfor noen gruppemedlemmer hyppigere i perioder. Det ble gitt informasjon om framdrift for forskningsprosjektet, og som gruppe har de bidratt til utviklingen av prosjektet gjennom hele forskningsprosessen. De fikk jevnlig orienteringer om framdrift, diskuterte og ga innspill til de ulike fasene av prosjektet.

Vi møttes hovedsakelig i lokalene til det ambulante psykisk helseteamet. Også på kafé om arbeidsmøtene lot seg gjennomføre i andre omgivelser. Gruppemedlemmene ble honorert for alle møter de deltok i. Medforskerne utførte ikke arbeidsoppgaver annet enn i møtene, da vi la opp til arbeidsmøter.

Å samarbeide med medforskere er sentralt i samarbeidsbasert forskningsmetodologi, selv om graden av medvirkning varierer. Kompetansegruppa har i fellesskap bidratt til intervjuguide og med analyser i alle tre delstudiene. I en delstudie har noen gruppemedlemmer bidratt ved å være deltakere i en reflekterende prosess der lydopptak av dialogene utgjorde dataene i studien. Samarbeidsbasert kunnskapsutvikling var i seg selv en sentral del av det vi ønsket å utforske i forskningsprosjektet. Som Turner og Beresford (2005) hevder, er informasjon, opplæring og veiledning viktig i samarbeidsbasert forskning. I delstudie 3, som jeg redegjør for i kapittel 5, undersøkte vi hvordan flere stemmer kan gis plass ved å utvikle nye metoder i samarbeidsbasert forskning. Vi undersøkte hvordan vi kunne tilrettelegge for en likeverdig deltakelse i kunnskapsutviklingen gjennom for eksempel forberedelser for medforskerne som deltok (Soggiu et al., 2021). Posisjonene til deltakerne var forskjellige. Gjennom dialoger i reflekterende prosesser forsøkte vi å invitere alle inn til å delta i dialoger og gi rom for

flerstemtheten som indre og ytre dialoger fra deltakere med ulike posisjoner kan gi (Soggiu et al., 2021).

I delstudie 2 deltok en medforsker i hele prosessen med analyser av datamaterialet fra intervjuer. Dette krevde at vi sammen lærte oss analysemetoden gjennom arbeidet med analysene (Soggiu et al., 2020). Diskusjoner om makt i forskning vies ofte oppmerksomhet i forarbeider, introduksjonskapitler og etterord, heller enn å være til kontinuerlig utforskning gjennom forskningsprosjektene (Wulf-Andersen et al., 2021b). For bedre å forstå maktaspekter i relasjoner og prosesser i forskning kreves kritisk analyse gjennom hele forskningsprosessen (Healy, 2001; Wulf-Andersen et al., 2021b). Vi har gjennom forskningsprosjektet forsøkt å utvikle metoder og praksiser for hvordan vi kunne delta som likeverdige parter i forskningssamarbeidet på tross av ulike posisjoner. Kompetansegruppa har vært sentral i søken etter slike praksiser for samarbeidet om samskapingen av kunnskap. Både deltakelse i analysearbeid og i reflekterende prosesser i delstudiene er resultater av søken etter og dialoger om hvordan medforskerne kunne delta i ulike faser av forskningsprosjektet.

Det å arbeide samarbeidsbasert kan være utfordrende ved at rammevilkårene gir noen aktører større makt enn andre. For eksempel var det jeg som stipendiat som daglig arbeidet med forskningsprosjektet. Medforskerne deltok med jevne mellomrom. Det er også jeg som står ansvarlig for resultatet av arbeidet. Dette har selvsagt gitt meg mer makt i prosjektet enn de andre deltakerne. Samarbeidsbasert forskning vil ofte ha noen aktører som har mer å si for utviklingen av prosjektet enn andre. Det var jeg som utviklet prosjektsøknaden for forskningsprosjektet. Medforskerne ble ikke koblet på før etter at jeg hadde fått stipendiatstilling til å gjennomføre prosjektet. Jeg har jobbet med å skape reelle arenaer for samarbeid om kunnskapsutvikling gjennom hele forskningsprosessen, på tross av de erkjente og nevnte ubalanser i makt som lå i rammevilkårene for prosjektet. Arenaene for samarbeid knyttet seg til konkrete oppgaver som skulle løses, som for eksempel arbeid med intervjuguide og analyse av data. På disse arenaene lærte vi om forskning, reflekterte over metoder og veivalg sammen. Som stipendiat var jeg ikke erfaren med å drive et såpass stort forskningsprosjekt. På den måten utviklet vi og lærte

noe samtidig. Dette kan ha bidratt til noe mer likeverdige samarbeidsrelasjoner på tross av ubalanse i makt ved at jeg som stipendiat var den som hadde ansvaret for gjennomføringen av forskningsprosjektet.

4.3 Dataskaping

Avhandlingen inneholder tre delstudier. Det var et mål for forskningsprosjektet å utvikle praksiser for psykisk helsearbeid mens prosjektet pågikk. Dataskapingen ble derfor gjennomført i tre faser. Den første fasen besto i å avholde det jeg i det videre benevner som *dialogiske verksteder*, sammen med fagpersonene i det ambulante psykisk helseteamet. Dette ble utviklet som en kunnskapingsarena med inspirasjon fra Åpne Dialoger (Seikkula & Arnkil, 2013). Den neste fasen besto i å intervju ungdommer, foreldre og fagpersoner i flerstegsmetodikk med inspirasjon fra narrative forskningsmetoder (Desai et al., 2016; Hummelvoll, 2008; Malterud, 2012; Sells et al., 2004). Den siste fasen besto i å gjennomføre reflekterende prosesser med fagpersoner, ungdommer (medforskere) og forskere (Andersen, 1991, 1995, 2021). Vi tok design- og metodevalgene våre med tanke på det ontologiske utgangspunktet i sosialkonstruksjonisme og det epistemologiske perspektivet på kunnskap som dialogisk. Disse valgene var også nøye knyttet til forskningsspørsmålene vi ønsket å besvare. Dette utypes i det videre.

4.3.1 Forskningsprosjektets deltakere

Rekruttering av deltakere foregikk gjennom det ambulante psykisk helseteamet. Det ble rekruttert fem ungdommer som samarbeidet med teamet. Fire jenter og en gutt. Ungdommene var i aldersgruppen 13–23 år, som også var målgruppen for tjenesten. Inklusjonskriteriene som ble lagt til grunn, var at de var i aldersgruppen og samarbeidet om Recovery-prosesser med teamet. Videre rekrutterte teamet pårørende. Dette skulle være pårørende som samarbeidet med teamet. Pårørende var ikke definert til kun å være foreldre. Fem foreldre ble rekruttert. Fire mødre og en far.

Den siste gruppen av deltakere i forskningsprosjektet var de ansatte i det ambulante psykisk helseteamet. Da forskningsprosjektet skulle foregå over flere år, var vi ikke

strenge på at de samme ansatte måtte være med hele tiden. Det ville kunne ødelegge for utviklingsarbeidet, som fant sted i en ordinær tjeneste hvor ansatte slutter, har permisjon og er syke. Seks ulike ansatte har deltatt i løpet av forskningsprosjektet. To studenter var med i korte perioder da de var i studiepraksis i forbindelse med sine videreutdanninger.

I det videre gjør jeg rede for hvilke deltakere som deltok i de ulike delstudiene.

4.3.1.1 Delstudie 1

I delstudie 1 deltok fagpersoner og studenter fra det ambulante psykisk helseteamet. Til sammen åtte personer fra teamet deltok i studien. Hovedveileder og jeg deltok som fasilitatorer for de dialogiske verkstedene vi gjennomførte.

4.3.1.2 Delstudie 2

I delstudie 2 deltok fem ungdommer og fem foreldre som deltakere i fokusgrupper eller individuelle intervjuer. Ett intervju lot seg ikke transkribere på grunn av dårlig lydopptak. Datamaterialet utgjøres derfor av intervjuer med fem ungdommer og fire foreldre.

4.3.1.3 Delstudie 3

I delstudie 3 deltok fem fagpersoner fra det ambulante psykisk helseteamet, to medforskere (fra Kompetansegruppa) og tre forskere (mine veiledere og jeg).

4.3.2 Første fase av dataskaping: Dialogiske verksteder

For å ivareta det dialogiske aspektet etablerte vi et samarbeid med det ambulante psykisk helseteamet rundt Åpne Dialoger (Seikkula & Arnkil, 2013). Sammen skulle vi undersøke teamets praksiser i lys av tilnærminger for Åpne Dialoger. Vi ønsket som forskere å samtale med teamets medlemmer om deres praksiser sett i lys av tilnærminger for Åpne Dialoger i nettverksmøter. Altså snakke om deres praksiser, snakke om tilnærminger i Åpne Dialoger og sammen reflektere rundt følgende: (1) Kunne noen av deres praksiser gjenkjennes i tilnærminger fra Åpne Dialoger? (2) Sto noen av deres praksiser i motsetning til prinsipper for Åpne Dialoger? (3) Var det noen av tilnærmingene i Åpne

Dialoger de ønsket å utvikle i sin praksis? (4) Var det noen av tilnærmingene i Åpne Dialoger som ikke passet for deres praksiser?

Implementering kan forsterke menneskers motstand mot å bli forandret utenfra. Implementering kan bære preg av at ekspertkunnskap skal påføres en tjeneste ovenfra og nedover i organisasjonen (Karlsson & Borg, 2017). Vi ønsket derfor å samarbeide om teamets fagutvikling gjennom å arbeide dialogisk. En grunnantakelse for dette arbeidet var at vi ikke kunne tvinge gjennom endringer i teamets praksiser. Vi kunne sammen lære ved å samtale om teamets praksiser og tilnærminger i Åpne Dialoger. Sammen med teamet avtalte vi hvordan vi skulle arbeide, hva vi skulle samtale om, hvor ofte, hvor lenge vi skulle møtes og hvor vi skulle treffes. Vi startet opp på nyåret 2017 med dialogiske verksteder.

Gjennom 2017 møttes vi en gang i måneden, i alt ti ganger. Vi møttes i møtelokaler teamet disponerte, med unntak av første treff. Til det første verkstedet inviterte hovedveileder og jeg til våre lokaler ved universitetet. Vi hadde satt av en hel dag der vi sammen skulle utvikle vår kunnskap om Åpne Dialoger. Hovedveileder hadde arbeidet med Åpne Dialoger over flere år. Det ambulante teamets medlemmer og jeg var mindre kjent med tilnærmingen. Vi hadde derfor avtalt at hovedveileder skulle presentere sin forståelse av Åpne Dialoger den første halvdelen av dagen. Resten av dagen brukte vi til samtale om hvordan vi forsto tilnærminger i Åpne Dialoger sett i lys av teamets praksiser. Var det noe i teamets praksiser som kunne gjenkjennes i Åpne Dialoger, var det noe som brøt med prinsipper for Åpne Dialoger, med videre? Alle fikk boken *Åpen Dialog i relasjonell praksis* slik at vi kunne fordype oss sammen (Seikkula & Arnkil, 2013).

Hovedveileder deltok i verkstedene frem til sommeren 2017. Jeg var sammen med teamet ut året. Ved hvert verksted hang vi opp et flippoverark på veggen, med prinsippene for Åpne Dialoger. Deretter samtalte vi om teamets praksiser med prinsippene som et bakteppe for dialoger. Hvordan kunne Åpne Dialoger forstås i deres arbeid? Hva gjorde de allerede som kunne ses i lys av prinsippene, og hva kunne de la seg inspirere til å gjøre mer av, med videre? Som forsker var jeg deltakende i prosessen. Både ved å lytte, stille spørsmål samt å dele av egne erfaringer som praktiker og menneske.

Som fasilitator av verkstedene var det viktig å holde fokus ved å forsøke å bidra til å etablere et rom der prinsipper for Åpne Dialoger var gjeldende for oss som deltok. Jeg ønsket å sørge for at alle ble invitert inn til å delta i dialoger. Det ble gjort lydopptak av alle dialogiske verksteder. Materialet ble transkribert og brukt som data i delstudie 1, som beskrives i kapittel 5 om kunnskap som ble utviklet i avhandlingen.

4.3.3 Andre fase av dataskaping: Intervjuer

Da jeg planla forskningsprosjektet, sammen med hovedveileder og en av medforfatterne i en av delstudiene, ønsket jeg å gjennomføre flerstegs fokusgruppeintervjuer med ungdommer, foreldre og fagpersoner (Hummelvoll, 2008). Målet var å gjennomføre tre runder med intervjuer med en gruppe ungdommer, en gruppe foreldre og en gruppe med fagpersonene i det ambulante psykisk helseteamet. Deltakerne skulle få presentert preliminaire funn i den hensikt å erfare og delta i dialogbasert kunnskapsutvikling. Det var viktig å tilrettelegge for og være fleksible slik at unge deltakere skulle ønske og ha mulighet til å delta. Det viste seg underveis i rekrutteringen av deltakere at få ungdommer ville være med i fokusgruppeintervjuer. De foretrakk heller intervjuer en til en. Noen deltok heller ikke i alle tre rundene da de ikke ønsket dette. Ingen fagpersoner ble intervjuet i tredje runde da vi isteden valgte å benytte reflekterende prosesser for dataskaping med dem. Under følger en oversikt over gjennomførte intervjuer med antall deltakere for hver runde.

Deltakere	Runde 1		Runde 2		Runde 3	
	Fokusgruppe	Individuelt intervju	Fokusgruppe	Individuelt intervju	Fokusgruppe	Individuelt intervju
Ungdommer		5		3		3
Foreldre		5	4		3	1
Fagpersoner	5		5			

Tabell 1. Oversikt over antall deltakere i intervju.

Samarbeidsbaserte forskningsprosesser er i sin natur fleksible da de baserer seg på medvirkning, og dermed også tilpasning til deltakernes meninger, ønsker og livsverden (Karlsson & Borg, 2021). At noen deltakere ikke ønsket å følge hele prosessen med tre intervjuer, ble derfor en del av forskningsprosessen. Jeg vurderer likevel at hensikten med å gjøre intervjuene i faser ble ivaretatt. Preliminære funn ble presentert til de deltakerne som deltok flere ganger. Slik kunne de reflektere videre rundt det andre deltakere hadde samtalt med meg om. Jeg benyttet den samme tematiske intervjuguiden¹ i alle tre runder med intervjuer.

4.3.4 Tredje fase av dataskaping: Reflekterende prosesser

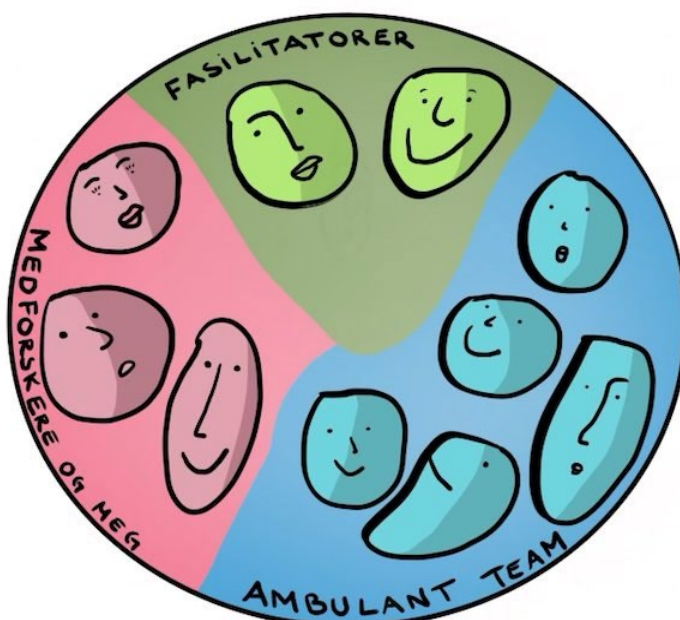
I den tredje fasen av dataskaping valgte vi å gjennomføre reflekterende prosesser, inspirert av Tom Andersen, som et alternativ til et tradisjonelt fokusgruppeintervju (Andersen, 1991, 1995, 2021). Vi ønsket å undersøke om og hvordan vi kunne bruke dialogiske og reflekterende tilnærminger også som forskningsmetode. Reflekterende prosesser ble valgt da det kunne stimulere til flerstemthet innenfor et samarbeidsbasert forskningsdesign der det var et mål å utvikle metoder for samskaping av kunnskap. Reflekterende prosesser gir mulighet for turtaking mellom det å lytte, og snakke, indre og ytre dialoger og at alle gis mulighet for deltakelse i dialoger. Mine to veiledere

¹ Se vedlegg 4 for intervjuguide.

(fasilitatorene), to medforskere, fem medlemmer av det ambulante psykisk helseteamet og jeg deltok i dataskapingen gjennom reflekterende prosesser.

Jeg satt i gruppe med medforskerne vis-à-vis deltakerne fra det ambulante psykisk helseteamet. Fasilitatorene satt på siden mellom gruppen med meg og medforskere og det ambulante psykisk helseteamet. Slik kan det også gjøres når man arrangerer reflekterende team (Andersen, 1991, 1995). Prosessene ble gjennomført i følgende faser:

1. Medforskerne og jeg samtalte om preliminære funn fra delstudie 2 der jeg hadde intervjuet ungdommer og foreldre om samarbeid med det ambulante psykisk helseteamet.
2. Fasilitatorene reflekterte rundt det de hadde hørt og stilte spørsmål om emner de hadde tenkt på mens de lyttet.
3. Det ambulante psykisk helseteamet samtalte om det de hadde hørt og tenkt mens de lyttet.
4. Alle deltakere; medforskere, det ambulante psykisk helseteamet, fasilitatorene og jeg samtalte om det vi hadde hørt og reflektert rundt underveis i prosessen.



Figur 1. Illustrasjon av deltakere i reflekterende prosesser.

4.4 Metoder for analyse i delstudiene

Vi har benyttet forskjellige analyseverktøy for analyser av data i de tre delstudiene. Valgene ble gjort med hensyn til forskningsspørsmål for studiene, samt hvilke data som skulle analyseres.

I *delstudie 1* hadde vi en omfattende mengde data fra dialogiske verksted. Til sammen utgjorde det 18 timer med lydopptak som ble transkribert til tekst. For å håndtere en såpass stor mengde data valgte vi å systematisere teksten ved bruk av tematisk analyse (Braun & Clark, 2006). Nvivo ble brukt for å systematisere teksten i koder og deretter utlede hovedtemaer.

I *delstudie 2* besto dataene i transkribert tekst fra intervjuer med ungdom og foreldre. Intervjuene ble gjennomført narrativt, der åpningsspørsmålet i intervjuene var: «Hvordan kom du i kontakt med teamet, fortell meg hva som skjedde.» Sammen med en medforsker fra Kompetansegruppa analyserte jeg dataene ved å bruke de kvalitative forskningsprinsippene for fenomenologisk psykologi og Malteruds systematiske tekstkondensering og utviklet to narrativer basert på analysene (Desai et al., 2016; Malterud, 2012; Sells et al., 2004).

I *delstudie 3* besto dataene i transkribert tekst fra reflekterende prosesser. Dataene ble analysert i to faser. I den første fasen brukte vi et reflekterende tematisk analyseverktøy, som forenkler en stor mengde data til koder, kategorier og temaer (Braun & Clarke, 2006; Clarke mfl., 2019). I den andre fasen plukket vi ut ett tema og så etter spenninger i dialogene rundt det temaet for å utforske hvordan en reflekterende prosess kunne muliggjøre samskaping av kunnskap. Til den andre fasen av analyser var vi inspirert av Phillips' (2011) Integrated Framework for Analyzing Dialogical Knowledge Production and Communication (INFADIA). Med dette perspektivet forstås kunnskap som et produkt av dialoger, med spenninger mellom ulike holdninger og synspunkter.

Bruken av ulike analyseverktøy og hvordan kunnskapingen foregikk, utdypes i de publiserte artiklene, samt redegjøres for i kapittel 5 om kunnskap som er samskapt i forskningsprosjektet.

4.5 Forskningsetiske refleksjoner

Prosjektbeskrivelsen for forskningsprosjektet ble vurdert av Regional etisk komité (REK). REK anså det ikke som nødvendig å søke dem fordi forskningsprosjektet ikke falt innenfor medisinsk forskning (referansenummer 2016/2094 C).² Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) vurderte og anbefalte forskningsprosjektet (prosjektnummer 52349, referansenummer 913553).³ Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora og de etiske prosedyrer beskrevet i Helsinkideklarasjonen, har blitt fulgt i forskningsprosjektet (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, 2021; Førde, 2014; Verdens legeförening, 2013).

Informasjonsskriv og betydningen av samtykkeerklæring ble formidlet både muntlig og skriftlig til alle deltakere i forskningsprosjektet.⁴ Deltakere under 16 år måtte ha tillatelse fra foresatte til å delta og undertegne samtykke sammen med sin foresatte. Dette gjaldt én deltaker. Det ble utarbeidet ulike informasjonsskriv for ulike deler og ulike forskningsdeltakere i forskningsprosjektet. Data i forskningsprosjektet ble transkribert av meg og en ansatt medhjelper. Den ansatte undertegnet taushetsplikterklæring. Alle data var anonymisert før Kompetansegruppa fikk delta i analysearbeidet. Data er lagret i forskningsserver ved Universitetet i Sørøst-Norge.

Sentrale etiske problemstillinger i forskningsprosjektet har knyttet seg til nærhet og distanse i kunnskapsutviklingsprosessene der hovedveileder og jeg forsøkte å skape trygge møteplasser både i dialogiske verksteder, møter i Kompetansegruppa eller i intervjusituasjoner. I intervjuene fikk deltakerne selv velge hvor de ville treffe meg. Noen var mest komfortable hjemme, andre ville møtes på arbeidsplassen sin eller på kontoret til det ambulante psykisk helseteamet. Med min erfaring som sosionom trakk jeg veksler på min kompetanse i relasjonsbygging. Det å møte personer på deres egen

² Se vedlegg 5 for tilbakemelding fra REK.

³ Se vedlegg 6 for tilbakemelding fra NSD.

⁴ Se vedlegg 7, 8, 9, 10 og 11 for informasjonsskriv og samtykkeerklæringer.

arena kan skape en annen intimitet enn det å møtes på et kontor. Det kan også være utfordrende, for eksempel ved at intimitet kan skape rom for nære møter som åpner for å snakke om temaer som er vanskelige, og som de unge senere kunne angre på å ha snakket med meg som forsker om.

I møter med deltakere, om det var deltakere i intervjuer, fagpersonene i teamet eller medforskerne, har jeg tilstrebet å bruke meg selv og egne erfaringer for å bygge broer til dem jeg har vært i dialoger med. I intervjuene kunne jeg starte med å fortelle at jeg hadde jobbet lenge med ungdommer selv og at det var slik min interesse for forskning på feltet oppsto. I etableringen av de dialogiske verkstedene gjorde jeg noe av det samme. Underveis i samarbeidet med Kompetansegruppa delte jeg erfaringer fra eget liv, både som bruker og ansatt i hjelpetjenester, samt fra livet mitt generelt. Det samme har deltakerne i Kompetansegruppa gjort med meg og hverandre gjennom hele forskningsprosjektet. Draus (2004) jobbet med å lokalisere pasienter som hadde forlatt smittevernsenheter og dermed ble ansett å være en risiko for andre borgere. Som ansatt hos helsemyndighetene skulle han finne menneskene (Draus, 2004), og deretter forsøke å overbevise dem om å ta antibiotika under hans observasjon. Uansett autoritet ble relasjonene det viktigste, og det krevde dialoger som deretter utledet etiske og empiriske prinsipper for hans forskning (Draus, 2004). Han beskriver det som *shared place* mellom seg selv som forsker og deltakerne i forskningen (Draus, 2004). Delt rom i dialoger som en kontrast til positivistisk forskning der personers ord blir plassert i kategorier og typologier (Draus, 2004). Frank (2005) benytter Draus' metafor om å dele rom for å argumentere for dialogisk forskning. Dialogene og historiene som blir fortalt, tillater kompleksitet ved at menneskene og kunnskap blir til gjennom dialogene. Han hevder at enhver persons historie er gjennomsyret av flere stemmer (Frank, 2005). Den personlige historien skaper en følelse av en sosial verden som igjen genererer typiske konflikter som krever deltakelse i dialoger (Frank, 2005). Et *delt rom* for dialogisk kunnskapsutvikling mellom forskere og deltakere i forskning forutsetter relasjonelle aspekter, og kan aktualisere forskningsetiske diskusjoner om nærhet og distanse i relasjoner.

Nærhet og distanse og profesjonalitet har vært et gjentakende tema i arbeidet med avhandlingen både forskningsetisk og i kunnskapingen. Jeg har derfor også vært bevisst mitt ansvar for å «klargjøre grenser, forventninger og krav knyttet til rollen som forsker overfor forskningsdeltakerne» (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, 2021, s. 20). Fordi jeg hadde egne erfaringer med å samarbeide med ungdommer og foreldre om Recovery-prosesser, reflekterte jeg sammen med det ambulante psykisk helseteamet og Kompetansegruppa i forkant av intervjuene om ulike ting som kunne oppstå. For eksempel om noen tok opp temaer som var vanskelig for dem, som jeg som forsker ikke hadde mulighet til å følge opp i det videre. Deltakerne valgte selv å fortelle det de ønsket da jeg hadde en narrativ spørsmålsstilling. Jeg ba dem fortelle om hva som skjedde når de kom i kontakt med teamet. Dette utdyper jeg i kapittel 5 om kunnskap utviklet i forskningsprosjektet. Selv om deltakerne kunne velge hva de ville fortelle, har jeg i arbeid som sosionom erfart at noen ungdommer raskt knytter seg til nye voksne. Da kan de fortelle ting de ikke har fortalt til andre tidligere eller som de angrer på i etterkant. Jeg avtalte derfor med det ambulante psykisk helseteamet at både ungdommer og foreldre kunne kontakte teamet i etterkant av intervjuene. Jeg snakket eksplisitt med deltakerne om dette da de undertegnet samtykkeerklæring og ved avslutning av intervjuene med dem. Jeg oppfordret også til at de kunne ringe meg eller noen i teamet om de ønsket å trekke seg fra forskningsprosjektet. Dette gjorde jeg for å sikre aktivt samtykke til deltakelse og senke terskelen for å kunne trekke seg. I forkant av intervjuene hadde jeg også tenkt gjennom mitt forhold til konfidensialitet relatert til å få vite om forhold jeg måtte ha varslet om. Som for eksempel at ungdommene var i fare for seg selv. Det oppsto ingen slike situasjoner i løpet av prosjektet.

I relasjonene jeg hadde med deltakere i forskningsprosjektet, ble mine yrkesetiske forpliktelser som sosionom også et verktøy for refleksjon, i tillegg til forskningsetiske retningslinjer (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, 2021; Fellesorganisasjonen, 2019). La meg dele en refleksjon for å belyse dette. I en samling for stipendiater var forskningsetikk tema. Vi drøftet hvorvidt man kunne si fra om kritikkverdige forhold man avdekket som en del av datainnsamlingen.

Det kunne være vold mot brukere i et sykehjem. Flere som deltok i diskusjonen, oppfattet det som uetisk forskningsmessig å bruke data på en slik måte at man varslet om kritikkverdige forhold man oppdaget. Jeg gikk fra samlingen med en veldig dårlig følelse. Slike hendelser kan falle innenfor *varslingsplikten* i de forskningsetiske retningslinjer som henger sammen med avvergingsplikten i straffeloven, men det vil jo være et spørsmål om vurdering av alvorlighetsgrad. Jeg undret meg etter stipendiatsamlingen på hvordan mine yrkesetiske retningslinjer kunne forplikte i slike situasjoner. De står ikke nødvendigvis i noen motsetning til de forskningsetiske forpliktelsene, men ga meg et ytterligere redskap til etiske refleksjoner i prosjektet. Jeg hadde deltatt i et dialogisk verksted med det ambulante psykisk helseteamet få dager før stipendiatsamlingen. Hele verkstedet ble i grunnen rotete da teamet nettopp hadde fått vite at en familie de samarbeidet nært med, hadde fått avslag på opphold i landet og ville bli sendt ut av Norge. Teamets medlemmer var svært berørt og fortvilet over situasjonen. Da verkstedet var over, spurte jeg om familien hadde god juridisk hjelp, noe teamet mente de ikke hadde. Jeg valgte derfor å formidle kontaktinformasjon til en advokat jeg kjente privat og ba dem hilse fra meg. Senere var en av jentene i familien deltaker i forskningsprosjektet.

Ut fra de yrkesetiske retningslinjene for sosialarbeidere er det flere verdier som forplikter meg i slike situasjoner (Fellesorganisasjonen, 2019). Jeg er sosionom samtidig som jeg driver forskning. De yrkesetiske retningslinjene forplikter til *omsorg og nestekjærlighet* (Fellesorganisasjonen, 2019). I dette ligger at jeg som sosialarbeider har et særskilt ansvar for å bistå de som ikke selv kan ivareta sine behov og interesser. Videre beskrives *solidaritet og rettferdighet* i de yrkesetiske retningslinjene, som betyr at ivaretagelse av brukernes rettigheter står sentralt (Fellesorganisasjonen, 2019). Sosialarbeidere gis et særlig ansvar for å arbeide for økt rettssikkerhet for utsatte grupper i samfunnet. Til sist vil jeg nevne den yrkesetiske forpliktelsen som benevnes som *ansvar* (Fellesorganisasjonen, 2019). I dette ligger at sosialarbeidere gis et selvstendig ansvar som yrkesutøvere for egne handlinger. Det å bistå personer i nød er jeg sånn sett forpliktet til også i rollen som forsker. Jeg forlater refleksjonene om nærhet og distanse i relasjoner i samarbeidsbasert forskning, og vil løfte temaet opp igjen i kapittel 6.

4.6 Avsluttende refleksjoner

Jeg har i dette kapittelet redegjort for og reflektert rundt hvordan det vitenskapsteoretiske rammeverket har ført til valg av metoder og design i forskningsprosjektet. Det ontologiske utgangspunktet i det epistemologiske perspektivet på kunnskaping gjennom dialoger i kontekster førte til valg av samarbeidsbasert forskningsmetodologi. Designet for forskningsprosjektet ved bruk av Kompetansegruppa og ulike dialogiske tilnærminger med fokus på erfaringer er godt egnede metoder for å undersøke prosjektets forskningsspørsmål. Metodologien har gjort det mulig å utvikle kunnskap om samarbeid om Recovery-prosesser og samarbeidsbaserte forskningsmetoder i psykisk helsearbeid med ungdom. I det videre vil jeg presentere kunnskap som er samskapt i forskningsprosjektet.

5 Samskapende kunnskaping i forskningsprosjektet

Jeg vil presentere kunnskap som ble samskapt gjennom forskningsprosjektet om Recovery-prosesser og samarbeidsbasert kunnskapsutvikling i psykisk helsearbeid med ungdom. Gjennom tre delstudier, som fulgte fasene for dataskaping, har vi undersøkt og samskapt kunnskap som belyser de overordnede forskningsspørsmålene for avhandlingen. Kunnskap samskapt i de tre delstudiene, er publisert i tre ulike artikler.

I artikkel 1 rettet vi fokus på fagpersoners perspektiver på hvordan ungdom trøbler, og hva de trenger i samarbeid om Recovery-prosesser. Samskapt kunnskap i artikkel 2 har samme fokus, gjennom ungdommers og foreldres perspektiver på samarbeid om Recovery-prosesser. I artikkel 3 undersøkte og utviklet vi samarbeidsbaserte og dialogiske forskningsmetoder for kunnskapsutvikling i psykisk helsearbeid med ungdom. Dermed knytter de to første artiklene seg til å undersøke og utvikle kunnskap om forskningsspørsmålet: Hvordan samarbeider fagpersoner med ungdom og foreldre om Recovery-prosesser i psykisk helsearbeid med ungdom? Artikkel 3 er av forskningsmetodologisk art og knytter seg til forskningsspørsmålet: Hvordan skape og fasilitere samarbeidsbasert kunnskaps- og tjenesteutvikling i psykisk helsearbeid med ungdom? Kunnskap som ble samskapt gjennom de tre vitenskapelige artiklene, presenteres deskriptivt som sammendrag i det videre.

5.1 Sammendrag av artikkel 1

Soggiu, A-S., Klevan, T., Davidson, L. og Karlsson, B.

School's out with fever: service provider perspectives of youth with mental health struggles

Publisert i: International Journal of Adolescence and Youth, 2019.

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02673843.2019.1646663>

I studien utforskes følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan forstår fagpersoner, i et ambulant psykisk helseteam, hvorfor ungdommene de samarbeider med, trenger omsorg?
2. Hvordan forstår fagpersoner i et ambulant psykisk helseteam hva som er god omsorg for ungdommer i deres praksiser?

Studien er gjennomført med samarbeidsbasert forskningsmetodologi. Hovedveileder og jeg gjennomførte dialogiske verksteder med et ambulant psykisk helseteam for ungdom en gang i måneden gjennom ett år (til sammen 10 verksteder). Det ble gjort lydopptak av verkstedene. Opptakene ble transkribert og analysert tematisk.

To hovedtemaer utgjør kunnskap samskapt i studien, og blir utdypet i undertemaer. Hovedtema 1 er: *Omsorg fra teamet*. Følgende fem undertemaer brukes for å utforske teamets erfaringer med å yte omsorg:

1. Behovet for fleksible tjenester
2. Omsorg utviklet gjennom dialog
3. Oppfattelser av nærhet og distanse i profesjonell hjelp
4. Utvidede forståelser av verdifull kunnskap i omsorg
5. Baksiden av fleksibilitet

Hovedtema 2 er: *Ungdom som trøbler*. Følgende to undertemaer brukes for å utforske teamets erfaringer med ungdom som trøbler:

1. Skolen som en utstøtende kraft
2. Velferdssystemet gjør diagnoser nødvendig

Studien løfter utfordringer knyttet til ungdommers vansker på viktige samfunnsarenaer som for eksempel skolen, sett i lys av de forklaringsmodeller som tas i bruk for å forstå ungdommers livsutfordringer. Psykisk helsearbeid med ungdom utføres i et spenningsfelt der ulike forklaringsmodeller benyttes, og der velferdstjenestene i seg selv krever diagnoser for at hjelp skal gis. Videre løfter studien opp fagpersoners perspektiver på hva som er god hjelp. Nærhet og distanse, samt oppfattelser av profesjonalitet drøftes som et område der fagpersonene manglet et språk for profesjonalitet som innebærer nære

og personlige relasjoner. Profesjonalitet og nære relasjoner ble satt opp som motsetninger. Enten er man profesjonell eller så yter man god hjelp, som innebærer for eksempel å finne gjenkjennelse med en mor fordi man selv er mor. Viktigheten av å bruke tid som kollegium og sammen med brukere på å reflektere over egne erfaringer i livet ble vektlagt. Selv om fagpersonene oppfattet at det å bruke egne livserfaringer forbedret deres profesjonelle ferdigheter, så viste de en form for usikkerhet knyttet til profesjonelle grenseoppganger i forhold til brukernes og egne behov.

Studiens tittel, *School's out with fever*, har hentet sin inspirasjon fra en av Alice Coopers (1972) låter som ga en hard kritikk av skolesystemet i USA. I studien spør vi om det er rettferdig kun å fokusere på ungdommenes manglende evner til å tilpasse seg skolen, heller enn å sette spørsmålstegn ved et samfunn som mislykkes i å inkludere deler av den oppvoksende generasjon. En diskurs av patologisering kan bidra til ytterligere ekskludering heller enn inkludering. Fleksible tjenester utviklet gjennom dialoger med ungdommer og familiene deres og en mer helhetlig forståelse av ungdom som trøbler, kan bidra til en bredere forståelse av både fagpersoner og ungdommer.

5.2 Sammendrag av artikkel 2

Soggiu, A-S.L., Klevan, T., Davidson, L. og Karlsson, B.

A sort of friend: narratives from young people and parents about collaboration with a mental health outreach team

Publisert i: Social Work in Mental Health, 2020.

<https://doi.org/10.1080/15332985.2020.1761932>

I studien utforskes følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke narrativer skapte ungdommer og foreldre om sine erfaringer med samarbeid med et ambulant psykisk helseteam om sine Recovery-prosesser?

I studien benyttes samarbeidsbaserte forskningsmetoder med vekt på kvalitative metoder. Jeg intervjuet fem ungdommer og fire foreldre ved bruk av narrativ spørsmålsstilling. Metodologien fra studien var basert på prinsipper fra fenomenologisk

psykologi. Datamaterialet i studien ble analysert av en medforsker og meg, ved bruk av fenomenologisk psykologisk narrativ metode og systematisk tekstkondensering.

Studien retter fokus på personlige og sosiale Recovery-prosesser for ungdom med psykiske helseutfordringer. Studien utforsker spesielt samarbeid mellom fagpersoner, ungdommer og deres nettverk som en del av Recovery-prosesser.

I studien presenteres kunnskap som var utviklet i intervjuer og analyser, gjennom to narrativer om samarbeid rundt Recovery-prosesser. Et narrativ basert på ungdommers erfaringer og fortellinger og ett basert på foreldres.

Artikkelen fikk tittelen *A sort of friend* fordi ungdommer jeg intervjuet, brukte begrepet venn for å beskrive opplevelser med gode relasjoner til fagpersoner de samarbeidet med om Recovery-prosesser. De visste at relasjonene ikke var vennskap, men det kunne minne om det. Videre erfarte både ungdommer og foreldre at det å bli likt av fagpersoner påvirket Recovery-prosessen. Ungdommene fortalte om gode relasjoner med fagpersoner som å *klikke med noen*, eller å ha god kjemi. Foreldre fikk tillit til fagpersoner som ga uttrykk for å like barna deres.

På bakgrunn av kunnskap som ble utviklet gjennom den narrative tilnærmingen, ble tre temaer diskutert:

1. Relasjoner og samarbeid rundt brukernes mål
2. Nærhet og distanse i profesjonelle hjelperelasjoner
3. Oppfattelser av profesjonalitet

5.3 Sammendrag av artikkel 3

Soggiu, A-S., Karlsson, B., Klevan, T. og Ness, O.

Inner and Outer Voices in Research: How Dialogical Approaches Can Enhance Knowledge Development in Mental Health Care

Publisert i: Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 2021.

<https://doi.org/10.1002/anzf.1450>

I studien utforskes følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan kan bruk av dialogiske og reflekterende tilnærminger muliggjøre ulike stemmer og erfaringer i forskning?

I studien brukes samarbeidsbasert forskningsmetodologi. Studien var inspirert av to tilnærminger fra psykisk helsearbeid. Åpen Dialog og reflekterende prosesser. Dataene ble skapt gjennom dialogiske prosesser med deltakere fra et ambulant psykisk helseteam, ungdommer (medforskere) som samarbeidet om Recovery-prosesser med teamet og forskere (mine to veiledere og jeg). Datamaterialet ble analysert tematisk i første fase, og i neste fase benyttet vi integrert rammeverk for analyser av dialogisk kunnskapsproduksjon og kommunikasjon (INFADIA).

Målet med studien var å utforske hvordan man kunne muliggjøre at ulike stemmer kunne bidra til kunnskaping gjennom et samarbeidsbasert forskningsdesign. Studien fokuserer på metodologiske refleksjoner rundt hvordan dialoger og reflekterende tilnærminger kan fremme flere stemmer i samarbeidsbasert kunnskapsutvikling.

Studien undersøker bruk av dialoger og refleksjon i kunnskapsutvikling innen psykisk helsetjenester. Ved å involvere flere stemmer i forskningen ble det skapt en mer demokratisk tilnærming til forskning. Metodologien som ble utviklet, baserte seg på dialoger for å utforske hvordan kunnskapsutvikling kan skje gjennom samarbeid mellom ulike mennesker med forskjellig kunnskap og erfaringer. I stedet for å ha en ekspert som ser på objektet fra utsiden, møttes forskjellige mennesker for å skape kunnskap sammen.

Hovedfunn i studien handler om hvordan reflekterende prosesser kan *skreddersys for at ulike stemmer kan delta og høres*. En måte å fasilitere forskningsprosessen på som muliggjør at ulike deltakere kan bidra med sine erfaringer i dialogiske prosesser. Målet med forberedelsene og bruk av dialogiske tilnærminger som forskningsmetode er å streve etter mangfold og en mer demokratisk prosess for kunnskapsutvikling.

I studien fant vi at det oppsto spenninger i dialoger omkring temaet fagpersoners *ekspertrolle*. Det var tre forskjellige grupper av stemmer blant deltakerne i dialogene:

(1) *Brukerstemmen*, (2) *Den problematiserende stemmen*, og (3) *Stemmen som bar frem dygder*. Stemmene ble benyttet av ulike deltakere i dialoger. De var ikke representert av én gruppe som for eksempel ungdommene eller fagpersonene. Alle grupper av deltakere i dialogene bar fram disse stemmene.

Brukerstemmen oppfattet ekspertrollen som noe foreldrene satte pris på og som representerte kvalifisert hjelp fra en fagperson. *Problematiserereren* brakte inn ubalanse i makt som kunne oppstå i det å være ekspert. *Stemmen som bar fram dygder* brakte inn kjente konsepter fra psykisk helsearbeid, som at man ikke er ekspert på andres liv. Spenningene som oppsto, ble allikevel tonet ned. I studien diskuterer vi at dette kan henge sammen med en vestlig og norsk oppfattelse av dialoger. Man ønsker å komme fram til enighet og konsensus.

Studien viser hvordan forskere og deltakere kan komme sammen gjennom dialoger for å utvikle kunnskap innen psykisk helsetjenester. Dialogisk analyse og refleksjon ble brukt som forskningsmetode for å gi perspektiver på hvordan kunnskap kan skapes.

5.4 Avsluttende refleksjoner

Kunnskapingen i de to første delstudiene omhandler samarbeid om Recovery-prosesser. Begge studier viser at relasjoner og samarbeid rundt ungdommers mål er betydningsfullt i Recovery-prosesser. Relasjonene må bygges på fleksibilitet og i nært samarbeid som utvikles i dialoger. Det ble utviklet kunnskap som dreide seg om forståelsen av profesjonalitet og nærhet og distanse i relasjonene i samarbeid om Recovery-prosesser. Det å bli likt av fagpersoner man samarbeidet med, ble løftet frem av både ungdom og foreldre som en viktig komponent i samarbeid om Recovery-prosesser. Ungdommene hadde vansker med å finne et ord for de gode samarbeidsrelasjonene. De lurte på om det kunne minne om en venn.

I siste delstudie sto samarbeid om kunnskapsutvikling i fokus, hvor ulike tilnærminger for å understøtte likeverdige relasjoner i samarbeidet utgjorde kunnskap som ble utviklet. Kunnskap fra alle tre delstudier dreier seg om relasjoner i samarbeid. Både om Recovery-

prosesser og om kunnskapsutvikling i psykisk helsearbeid med ungdom hvor ulike erfaringer gis plass. Dette reflekterer jeg videre om i diskusjonskapittelet som følger.

6 Diskusjon

«Ja visst gör det ont när knoppar brister. Varför skulle annars våren tveka?» (Boye, 1935). Jeg har alltid likt den svenske dikteren Karin Boye. Jeg klarer ikke helt å sette ord på hva det var ved diktene hennes som rørte ved ei lita jente i trøbbel, men diktet *Ja visst gör det ont* har fulgt meg gjennom hele livet. Jeg visste ikke da diktet fant meg, at jeg som Boye var skeiv. Ei heller at hun som meg trøbla med livet. «... den frosne har frose i hel», skrev den norske dikteren Halldis Moren Vesaas etter at Boye en kveld i 1941 tok en overdose med piller, for deretter å gå tynnkledd ut i kvelden for å vente på døden (Abenius, 1950). Den fant henne.

I dette kapittelet diskuterer jeg kunnskap som er samskapt gjennom forskningsprosjektet. Jeg løfter frem noen sentrale temaer sett i lys av teori, forskning og mulige veier for praksiser i psykisk helsearbeid med ungdom og for samarbeidsbasert forskning. Et sentralt tema for hele forskningsarbeidet og samskapingen av kunnskap har vært *samarbeid*. Samarbeid i psykisk helsearbeid med ungdom og samarbeid i kunnskaping om psykisk helsearbeid med ungdom.

Målsettingen for forskningsprosjektet var å utvikle vitenskapelig kunnskap om Recovery-prosesser hvor forskere, fagpersoner, ungdommer og foreldre beskrev sine erfaringer i en samskapt kunnskapsutvikling. Sammen har vi utviklet kunnskap om samarbeid i Recovery-prosesser i psykisk helsearbeid med ungdom og om metoder for samarbeidsbasert forskning i det samme feltet.

Kunnskap utviklet i forskningsprosjektet viser at relasjoner og samarbeid rundt ungdommers mål er av stor betydning for Recovery-prosesser. Videre at velferdstjenester, inkludert skolen, krever diagnoser hos ungdommene for å gjøre tilpasninger til menneskene (Soggiu et al., 2019). Dette kan ses som en form for individualisering av samfunnsutfordringer ungdommene møter, en medikalisering (Strand & Svalund, 2021). Kunnskap samskapt i forskningsprosjektet indikerer relasjoners betydning i Recovery-prosesser (Soggiu et al., 2019, 2020). Relasjonene må bygges på fleksibilitet og nært samarbeid som utvikles gjennom dialoger. Nærhet i relasjoner kan

oppfattes som noe som står i motsetning til profesjonalitet som psykisk helsearbeider (Soggiu et al., 2019, 2020). Ungdommer og foreldre vektla tillit til fagpersoner og det å bli likt som viktig i samarbeid om Recovery-prosesser (Soggiu et al., 2020). Ungdommene beskrev gode relasjoner med fagpersoner med begrepet *venn*, og fortalte at relasjonene handlet om å ha god kjemi (Soggiu et al., 2020). Gjennom forskningsprosjektet har vi dermed utviklet kunnskap som forteller noe om viktigheten av nære møter, om å søke og finne gjenkjennelse og bygge ned stivbeint forståelse av profesjonalitet. Til sist har vi utviklet kunnskap som viser at det kan være utfordrende å få frem alle stemmer i dialoger, der deltakerne i dialoger søker mot konsensus heller enn å holde på egne standpunkter (Soggiu et al., 2021). Søken mot konsensus kan også forstås som noe som ble til gjennom flerstemthet.

Jeg avslutter avhandlingen med noen av de samme spørsmålene som jeg over mange år hadde fundert over som praktiker. Jeg undrer på erfaringers plass i psykisk helsearbeid, i profesjonelle relasjoner og i vitenskap. Hvilken plass kan egne og andres erfaringer gis i profesjonelle relasjoner med samarbeid om Recovery-prosesser og kunnskapsutvikling? Hvor nært tillater en profesjonell posisjon som forsker eller fagperson at man går i relasjoner der man samarbeider med andre? Hva skal vi egentlig arbeide for å forbedre, menneskene eller kontekstene vi lever i? Noe som ikke trenger å være en motsetning, men som kan handle om hvilket fokus man legger for samarbeidet om Recovery-prosesser. Spørsmålene jeg undrer meg over, har utviklet seg i arbeidet med avhandlingen. Jeg undrer meg ikke lenger kun ut fra en posisjon som psykisk helsearbeider. Spørsmålene innlemmer også min posisjon som forsker.

Samlet dreier kunnskap fra forskningsprosjektet seg om ulike sider ved *samarbeid* om Recovery-prosesser og om kunnskapsutvikling i psykisk helsetjenester for ungdom. På bakgrunn av dette vil jeg diskutere følgende temaer videre i kapittelet: 1) *Samarbeid med ungdom om Recovery-prosesser i psykisk helsearbeid*, der jeg diskuterer hvordan vi kan forstå ungdommers trøbling som del av de kontekster de lever livene sine i, og hvordan sosialt gruppearbeid kan bidra til ungdomsvennlige psykisk helsetjenester. 2) *Nærhet i den profesjonelle samarbeidsrelasjonen om Recovery-prosesser*, der jeg diskuterer nære

relasjoners betydning i samarbeid om Recovery-prosesser. 3) *Fagpersoners bruk av egne erfaringer i samarbeid om Recovery-prosesser og utvikling av nye praksiser*, der jeg diskuterer muligheter for å bruke egne erfaringer som en del av en profesjonell rolle som fagperson og om vennskap kan være til inspirasjon for samarbeidsrelasjoner. Deretter diskuterer jeg hvordan vi kan arbeide for å utvide forståelsen av profesjonalitet som psykisk helsearbeider. Og til sist 5) *Nærhet i samarbeid med ungdom om Recovery-prosesser – en etisk og juridisk fordring?*, der jeg diskuterer noen utfordringer knyttet til å gjøre krav på fagpersoners følelser ved bruk av egne erfaringer i psykisk helsearbeid. Jeg diskuterer dette opp mot nærhetsetikkens fordring om at vi har ansvar for våre medmennesker når vi inngår i relasjoner. Avslutningsvis i kapitlet diskuterer jeg noen av forskningsprosjektets styrker og begrensninger samt implikasjoner for videre forskning og praksiser i psykisk helsearbeid med ungdom.

6.1 Samarbeid med ungdom om Recovery-prosesser

I det videre vil jeg diskutere hvordan vi kan forstå ungdommers trøbling som del av de kontekster de lever livene sine i. Videre diskuterer jeg hvordan sosialt gruppearbeid kan bidra til at ungdommers trøbling forstås i de kontekster de oppstår, samt mobilisere til felles samarbeid mot utstøtende mekanismer ungdommer erfarer. Jeg reflekterer rundt hvordan sosialt gruppearbeid kan bidra til mer ungdomsvennlige psykisk helsetjenester.

6.1.1 Ungdommers trøbling som del av de kontekster de lever livene sine i

Ja visst gör det ont forteller oss om det vonde i og motstand mot forandring (Boye, 1935). Kanskje er det derfor diktet har vært en følgesvenn gjennom mitt yrkesliv i psykisk helsearbeid. Jeg har samarbeidet med mange ulike mennesker om forandringer som skulle føre til bedring. Forandringer de ønsket selv, forandringer deres nære ønsket for dem eller forandringer som omgivelser og storsamfunn krevet av dem. Jeg har flere ganger tenkt at gode råd absolutt ikke er dyre. De er svært billige, og lite virksomme. Det å forandre andre mennesker utenfra lar seg ikke gjøre, ifølge Andersen (2021). De går sine egne veier, og forsøk på forandring fra utsiden vil kun skape motstand (Andersen, 1991, 1995, 2021). Godt er det. Om vi i dette ene lille livet skulle leve for andre og

forandre oss i deres favør, er jeg overbevist om at ikke bare livet, men også verden rundt oss ville blitt fattigere. Mennesker er forskjellige både i hva som gleder oss og hva som trøbler. Allikevel kan vi se en ensretting i psykisk helsetjenester, der manualer for adferd råder over praksiser og menneskene som deltar i dem (Karlsson & Borg, 2017, 2021). Ensrettingen av hva som er et menneske, finner vi ikke bare i hjelpetjenester. De preger på et vis hele vår tidsånd i Vesten. Svend Brinkmann (2016, 2017, 2018) har skrevet flere bøker om tematikken der han tar til orde for å stå imot selvutvikling, ta frem gamle ideer fra filosofien til en ny verden, og oppfordrer oss til begrensningens kunst i en grenseløs tid. I en akselererende kultur er det kanskje nyttig å stoppe litt opp og ikke la alle forandringer skje utenfra. I en verden der forandringer skjer raskere enn vi skulle ønske, og der samfunnsendringer bestemmes av noen andre enn oss selv.

I forskningsprosjektet har jeg lagt til grunn en bred forståelse av hvordan ungdom trøbler. Kunnskap utviklet i avhandlingen viser at trøbbelet oppstår i ungdommers kontekster (Soggiu et al., 2019). Spesielt ble skolen fremhevet som en arena med en utstøtende kraft. Fagpersonene fortalte om ungdommer som ikke kunne finne sin plass i skolen. De ble møtt av et rigid system preget av ensretting som ikke var tilpasset elevenes forskjeller. Dette fikk direkte innvirkning på ungdommenes trøbling.

«Alt var mye bedre under krigen», synger den norske visesangeren Ole Paus (1982) før han sarkastisk fortsetter med de eldres syn på de yngre. «Dagens ungdom, alvorlig talt hør her. Hva er det dagens ungdom tror at den er? En arbeidssky og ekkel klikk. Som fyller gode hjem med redselsfull musikk.» Eldre generasjoner har hatt det med å misforstå de som kommer etter. Da jeg startet arbeidet med avhandlingen, kom jeg i diskusjon med en venn da jeg skulle fortelle om ungdoms økende psykiske helseutfordringer. At de ikke finner seg til rette i skolen. Jeg var opprørt og hevdet at et samfunn som aksepterer en skole der en tredjedel av elevene ikke finner seg til rette, er en fallitterklæring. Særlig når vi attpåtil individuelt forklarer store samfunnsmessige utstøtingsmekanismer som sykdom hos ungdommene selv. Med en skole som jobber ut fra et ståsted om hvem ungdommene burde være, mer enn hvem de er. Vennen min er ofte god til å trekke inn andre perspektiver enn jeg selv klarer. Han lurte på om vi kanskje kunne se på det hele

som en slags protest? At ungdommene avviser det samfunnet vi tilbyr, ved å trekke seg unna, for eksempel ved å slutte på skolen.

Et begrep som *generasjon prestasjon* har fått fotfeste for å forklare et økende press ungdom lever med i de vestlige samfunn (Bakken et al., 2019; Madsen, 2018). De må tidlig planlegge og disiplinere seg for fremtiden, prestere optimalt på skolen, håndtere digitale plattformer, være vellykkede sosialt og kunne vise seg frem på sosiale medier (Madsen, 2018). På den annen side har vi *de unge sinte mennene* (Klyve, 2010). Kunnskapssamfunnets bakside i et samfunn som hyller vinnere som mestrer nettopp å være generasjonen som presterer (Klyve, 2010).

Økning i psykiske helseutfordringer blant ungdom, i kombinasjon med stress og press knyttet til skolegang og et arbeidsmarked som er spesialisert for de med utdanning, er utfordringer som må løses på flere arenaer enn i psykisk helsetjenester. I avhandlingen har jeg fokusert på psykisk helsetjenester. Jeg finner at tjenestene bør være fleksible og at fleksibilitet kan utvikles gjennom dialoger med ungdom om deres egne mål i Recovery-prosesser (Soggiu et al., 2019). På tross av at jeg har lagt til grunn et syn på mennesket som dialogisk og som en del av kontekster og relasjoner, har kunnskap som ble utviklet i prosjektet, et noe individualisert preg. Kunnskapen fokuserer riktignok på samarbeidsrelasjoner mellom mennesker både om kunnskapsutvikling og Recovery-prosesser. Forskningsarbeidet er lite rettet inn mot å se på hvilke eller hvordan samfunnsendringer som skal til for at færre støtes ut. Kunnskap som er utviklet, forteller noe om hvorfor ungdom trøbler (Soggiu et al., 2019). Når det kommer til hva de trenger, så er dette mer rettet inn mot psykisk helsetjenester spesifikt (Soggiu et al., 2019, 2020). Dette henger selvsagt sammen med forskningsprosjektets målsetting og forskningsspørsmål. Samarbeid om Recovery-prosesser i psykisk helsearbeid med ungdom. Slik er forskning. Vi ser på små deler av verden og bygger videre på dem. I mine avsluttende refleksjoner lurer jeg på hvordan vi kan samarbeide med ungdom for å forandre samfunnsbetingelsene som fører til utstøting, i stedet for å behandle konsekvensene etter at *trøbbelet* har oppstått.

Andersen (2021) beskriver det som et veiskille for sin egen praksis da han måtte gi opp å forandre folk utenfra. «Jeg selv hadde vel lenge vært med på å prøve å forandre utenfra ved å forklare, overtale, anvise, forskrive, lage planer for den andre, instruere, rettlede osv.» (Andersen, 2021, s. 85). Dersom utstøtingsproblemet er forårsaket av samfunnsbetingelsene ungdommene lever under, kan bruken av individualiserte samarbeidsmetoder i Recovery-prosesser tolkes som ytre påførte endringer som har til hensikt å bedre tilpasse individene til samfunnet. Kunnskap fra dette forskningsprosjektet og andre studier viser at det å arbeide basert i brukernes egne mål er viktig for opplevelser av bedring (Biong & Borg, 2016; Biong & Soggiu, 2015; Borg et al., 2009; Tew et al., 2012).

6.1.2 Samarbeid med ungdom om Recovery-prosesser gjennom sosialt gruppearbeid

Som psykisk helsearbeider i praksis jobbet jeg med sosialt gruppearbeid som en tilnærming i samarbeid om Recovery-prosesser med ungdom (Soggiu, 2017). Hensikten med å benytte sosialt gruppearbeid er at gruppa kan representere et gjensidig hjelpesystem. Deltakerne i gruppen kan både hjelpe seg selv og hverandre ved å dele og sammenlikne opplevelser, holdninger og erfaringer (Heap, 2005; Soggiu, 2017). Selvbestemmelse og deltakelse er av betydning for ungdommers Recovery-prosesser (Moberg et al., 2022).

Opprøret mot undertrykkelse av personer med psykiske helseutfordringer startet i amerikanske brukermiljøer på 1960- og 70-tallet (Karlsson & Borg, 2017). Dette opprøret kan gi oss viktige bidrag til å forstå Recovery-prosesser som både involverer relasjonelt samarbeid og påvirkes av omgivelser og samfunnsbetingelser (Leamy et al., 2011; Sælør et al., 2014), en Relasjonell Recovery (Karlsson & Borg, 2021). Som forutsetning for personorienterte praksiser vektlegges delte beslutningssystemer som inkluderer en maktdeling i samarbeidet (McCormack & McCance, 2006, 2010, 2017). Det å arbeide med nettverkstilnæringer som Åpne Dialoger og reflekterende prosesser vil utfordre oss til å se ut over individet, og ta inn livsbetingelser og ressurser i omgivelser og nettverk. Samtidig er slike tilnæringer utviklet innenfor rammen av en terapeutisk setting der det

å arbeide i nettverksmøtene blir behandlingen (Seikkula, 2011, 2012; Seikkula & Arnkil, 2013). Det betyr imidlertid ikke at tilnærmingene ikke kan benyttes i andre kontekster enn de terapeutiske. Åpne Dialoger og reflekterende prosesser bidrar til å utvide vår forståelse av mennesker som deler av dialoger og kontekster. Tilnærmingene utfordrer oss kanskje ikke i like stor grad til å arbeide samfunnsendrende i våre praksiser i psykisk helsearbeid.

Jeg undrer på hva som kunne vært vunnet ved å ta i bruk samfunnsendrende metoder som en del av psykisk helsearbeid med ungdom. Ved å hente inspirasjon fra sosialt arbeids teori og praksis, kan vi kontekstualisere både *person i situasjon*, praksiser og den psykisk helsearbeideren selv. Dette kan utfordre oss til å arbeide på flere ulike plan samtidig i møte med ungdommer, også i psykisk helsetjenester (Addams, 1910; Ellingsen et al., 2021; Hamilton, 1951; Hansen & Solem, 2017; Levin, 2004). Individ, gruppe og samfunn er med slike tilnærminger gjenstand for analyse når vi inngår i samarbeid om Recovery-prosesser. Med slike inspirasjoner kan sosialt gruppearbeid være en mulig praksis i psykisk helsetjenester for ungdom. I slikt gruppearbeid kan også Åpne Dialoger og reflekterende prosesser prege og benyttes i samarbeidet.

At ungdoms trøbbel forstås som noe mer enn individuelle faktorer utfordrer psykisk helsetjenester til å arbeide med livsbetingelser i bred forstand. I min tidligere praksis møtte jeg ungdommer gjennom arbeid i NAV. Det å oppsøke NAV dreier seg som regel om at man mangler inntekt (Halvorsen & Stjernø, 2021; Ose & Jensen, 2017, Strand & Svalund, 2021). Årsakene til dette kan være sammensatte. Blant de ungdommene jeg samarbeidet med, handlet det ofte om at de hadde sluttet på skolen og manglet arbeid. De fleste var vokst opp i fattigdom og hadde levd med sosiale problemer både i familie, nettverk og nabolag. De levde liv preget av manglende inntekt, dårlige boforhold, psykisk helse- og rusutfordringer. Heap (2005) beskriver gruppelederens rolle i sosialt gruppearbeid som en tilrettelegger for gruppeprosesser. Disse skal stimulere deltakerne til å bruke livserfaringer og kunnskaper om utfordringer og mestring som iboende ressurs i gruppen. Sosialt gruppearbeid er likepersonbasert og kan i kombinasjon med profesjonell støtte bidra til at gruppedeltakerne får en opplevelse av å være i samme båt

som andre i tilsvarende livssituasjon (Heap, 2005). Flere studier av likepersonstøtte (peer support) i psykisk helsetjenester viser at de er like virksomme også når det kommer til kliniske resultater sammenliknet med tradisjonell behandling i psykisk helsetjenester (Bellamy et al., 2017). Det å tilby likepersonstøtte som involverer positiv selvavsløring og rollemodellering, har vist å øke brukeres følelse av håp, kontroll over eget liv og muligheter for å gjøre de endringene de selv ønsker i livet (Davidson et al., 2012). En følelse av tilhørighet til et fellesskap kan redusere personers psykisk helseutfordringer (Ness et al., 2016).

Jeg undrer meg over hva som kunne vært vunnet om man i større utstrekning benyttet seg av inspirasjon fra gruppetilnærminger som sosialt gruppearbeid for praksiser også i psykisk helsetjenester for ungdom. Økende grad av psykiske helseutfordringer og et relativt jevnt frafall fra videregående skole over årtier kan kanskje forstås som en protest. En protest mot et samfunn som har noen mangler vi kunne bidratt til å endre sammen. Og kanskje en direkte protest mot skolen. Ole Martin Moen (2023) spør om det norske skolesystemet utsetter barn for systematisk omsorgssvikt. For eksempel gjennom karaktersystemet som «innebærer at barn som vedvarende ikke mestrer arbeidsoppgavene skolen pålegger, blir gitt jevnlig beskjed – via karakterene – om at det de gjør, ikke er godt nok» (Moen, 2023, s. 26). Videre undrer Moen (2023) seg over begrepene *skulking* og *skolevegning*. Moen (2023) hevder at et åpenbart problem med begrepene er at de forklarer motstand enten som dårlig intensjon hos barnet (skulking) eller som en sykkelig tilstand hos barnet (skolevegning). I delstudie 1 spør vi om noe av det samme som Moen (Moen, 2023; Soggiu et al., 2019). Kan det være skolen mer enn elevene som er *trøbbelet*? Da skolen feiler i å inkludere en betydelig andel av sine elever. I så måte kan frafall forstås som en protest eller avvisning av å være på en arena som oppleves som lite inkluderende, der forklaringsmodellene gir enkeltindividene ansvaret for at de ikke passer inn. Enten ved å beskrive det som sykdom eller som unnasluntring (Ose & Jensen, 2017; Moen, 2023; Soggiu et al., 2019; Strand & Svalund, 2021).

Om man forstår ungdoms psykiske helseutfordringer som noe annet enn individuelle utfordringer i en biomedisinsk forstand, så fordrer det også at vi utfordrer tilnærminger

og praksiser i det psykiske helsearbeidet. Med inspirasjoner fra Jane Addams, som flyttet inn i nabolag og jobbet med livsutfordringer definert av dem som bodde der, kunne kanskje psykisk helsearbeid i større grad bidratt til mobilisering av grupperinger av ungdom (Addams, 1910). Ungdommer med psykiske helseutfordringer (under myndighetsalder) sin selvbestemmelse er underlagt to systemer; foresatte og psykisk helsetjenester (Moberg, et al., 2022). Moberg et al., (2022) fant at relasjoner med jevnaldrende var av betydning for ungdommers Recovery-prosesser. Sosialt gruppearbeid kan muliggjøre samarbeid basert på tillit som kan styrke relasjoner, deltakelse og selvbestemmelse ved at deltakerne sammen kan samarbeide om å løse felles og individuelle utfordringer. Moberg et al. (2022) beskriver stigma som en barriere i ungdoms Recovery-prosesser. Forskerne understreker at ungdomsvennlige psykisk helsetjenester bør arbeide for å fremme relasjoner med nettverk og lokalsamfunn (Moberg et al., 2022). Å arbeide med sosialt gruppearbeid kan bidra til å dempe stigma ved at man knytter relasjoner til ungdommer med liknende utfordringer og samarbeider mot utstøtende samfunnsmekanismer som gruppe. Gruppen kan sammen fokusere på samarbeid om å finne mål, ambisjoner, håp, tro og drømmer for framtida. Slik kan gruppebaserte metoder i psykisk helsearbeid bidra til mer ungdomsvennlige tjenester som Moberg et al. (2022) etterlyser. Det vil også kunne bidra til å utvikle praksiser innen personorientert helsearbeid, da det arbeides både med makrokontekster som i dette eksempelet *skolen som en utstøtende kraft*, slik kunnskap utviklet i dette forskningsprosjektet tilsier (Soggiu et al., 2019). Gjennom å samarbeide i sosialt gruppearbeid kan deltakerne i gruppa sammen identifisere felles utfordringer de har møtt for eksempel i skolen, og arbeide som gruppe både for å synliggjøre og endre disse betingelsene sammen med psykisk helsearbeidere. Ved bruk av gruppemetoder for felles mobilisering vil psykisk helsearbeid bære preg av Relasjonell Recovery ved at det holdes fokus på medborgerskap, menneskerettigheter og sosial ulikhet (Karlsson & Borg, 2022).

Jeg undrer meg i det videre over nære relasjoner og erfaringers plass i et slikt arbeid. Erfaringer hos fagpersonene selv. Om man som en nøytral part skal delta i sosiale mobiliseringer, eller bevegelser, eller om man kan benytte sine egne erfaringer som menneske? Kunnskap utviklet i forskningsprosjektet gir støtte til at dialogiske praksiser,

som tar utgangspunkt i alle deltakeres erfaringer, kan bidra til kunnskapsutvikling til psykisk helsearbeid med ungdom.

6.2 Nærhet i den profesjonelle samarbeidsrelasjonen om Recovery-prosesser

I det videre vil jeg diskutere nære relasjoners betydning i samarbeid om Recovery-prosesser og om vennskap kan være til inspirasjon for samarbeidsrelasjoner. Kunnskap utviklet i avhandlingen indikerer relasjoners betydning for Recovery-prosesser med ungdom og at ungdom vektla det å bli likt i samarbeid med fagpersoner (Soggiu et al., 2020). Videre indikerer kunnskap skapt i forskningsprosjektet at det kan være behov for å utvikle nye forståelser av profesjonalitet i psykisk helsearbeid. En profesjonalitet der nære relasjoner og gjenkjennelse i hverandres livserfaringer gis plass.

Den profesjonelle samarbeidsrelasjonen i psykisk helsearbeid har vært karakterisert av en forventning om nøytralitet og distanse (Strauss et al., 2009). Møtet mellom brukeren og den profesjonelle er sjelden et møte mellom to likeverdige parter (Ness, 2016; Parsons, 1951; Skatvedt, 2013). Avhandlingen viser at Åpne Dialoger og reflekterende prosesser er tilnærminger som kan bidra til å fremme grader av likeverd i samarbeid. Gjennom dialoger kan den profesjonelles ekspertrolle dempes (Andersen, 1991, 1995, 2021; Seikkula, 2011, 2012; Seikkula & Arnkil, 2013). Det å kunne etablere likeverdige samhandlingsarenaer mellom brukere og profesjonelle ser ut til å ha betydning for ungdommers opplevelser av Recovery-prosesser (Soggiu et al., 2019, 2020). Det å bli sett som noe mer enn sine utfordringer og vite om personlige sider hos den man samarbeider med, ble beskrevet som et godt premiss for samarbeid om Recovery-prosesser (Soggiu et al., 2020). Dialogiske praksiser i psykisk helsetjenester vil kunne stimulere til praksiser der man kan skifte mellom indre og ytre dialoger, la seg berøre og oppleve gjenkjennelse i den andre.

Skau (2017) viser til kompetansetrekanten som modell for profesjonalitet i yrker der man arbeider med mennesker. Modellen deler kompetansebegrepet inn i teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter, samt personlig kompetanse (Skau, 2017). Kunnskap som

ligger i personlig kompetanse, er basert på erfaringer og har stor innvirkning på hvordan vi deltar i praksiser. Personlig kompetanse speiler den profesjonelles menneskesyn og etiske aspekter som påvirker samarbeidsrelasjoner. Skau (2017) gjør et skille mellom *personlig* og *privat*. Hun hevder at vi kan være personlige i profesjonelle settinger, ved å være åpne, tillitsfulle og engasjerte på en personlig måte (Skau, 2017). Dette skiller seg fra private settinger som samtaler med en venn (Skau, 2017).

Kunnskap utviklet i avhandlingen viser at det kan være behov for å utvikle forståelser av profesjonalitet i samarbeid om Recovery-prosesser i psykisk helsearbeid med ungdom. Fagpersoner trøblet med begrepet profesjonalitet relatert til nærhet og gjenkjenning med de man samarbeidet med om Recovery-prosesser (Soggiu et al., 2019). Det opplevdes som virksomt å sette ord på gjenkjenning, for eksempel i foreldreskap, men slik gjenkjenning ble ikke omtalt som profesjonelt (Soggiu et al., 2019). Ungdommer og foreldre ønsket fleksible samarbeidsprosesser bygget på egne mål og nærhet i relasjoner (Soggiu et al., 2020).

6.2.1 Vennskap som inspirasjon i samarbeidsrelasjoner om Recovery-prosesser

Kunnskap utviklet i avhandlingen viser at i ungdommenes forsøk på å beskrive relasjoner og samarbeid med fagfolk, så brukte de begrepet *venn* (Soggiu et al., 2020). De fortalte at gode samarbeidsrelasjoner kunne handle om det å *klikke* med den andre eller ha god kjemi. Videre ble det å bli likt fremhevet som viktig i samarbeid om Recovery-prosesser. Det samme fortalte foreldrene. De fikk tillit til fagpersoner de opplevde hadde gode relasjoner med og likte barna deres (Soggiu et al., 2020).

Fra forskerdagboka mi har jeg beskrevet en samtale med ei av jentene jeg intervjuet i forskningsprosjektet. Hun fortalte at fagpersonen hun samarbeidet med, var glad i henne. Da jeg spurte hvordan hun kunne kjenne det, fortalte hun at hun for få dager siden hadde fått den ansattes gamle sykkel i bursdagsgave. Jenta visste at den ansatte egentlig ikke skulle gi henne gaver, at det kanskje var uprofesjonelt. Hun likte det og beskrev det som positivt for henne. Hun kunne ikke sykle, og ville gjerne lære det. Dette visste

fagpersonen. Topor og Borg (2014) omtaler at det å avvike fra reglene kan være avgjørende for Recovery-prosesser. Slike avvik kan ikke manualbaseres. De må oppfattes som autentiske. Det handler om å bryte med det brukeren oppfatter som profesjonalitet. Karlsson og Borg (2017) beskriver noe av det samme der fagpersoner har funnet måter å sette personers behov foran systembehov. Forfatterne eksemplifiserer det ved at en psykisk helsearbeider egentlig ikke skulle vaske golv og pusse vinduer, men allikevel gjorde det (Karlsson & Borg, 2017). «Oppgavene var viktige der og da, selv om det lå langt utenfor primæroppgavene» (Karlsson & Borg, 2017, s. 141). Klevan et al. (2021) fant at samarbeid om bedring er en relasjonell prosess, der en del av samarbeidet helt enkelt handler om å være et menneske, *simply being human*. Bøe et al. (2019) omtaler det paradoksale i de små ting som viktige i Recovery-prosesser. Det uidentifiserbare, overfladiske og tullete fortelles fra brukere som virksomt i deres samarbeid om Recovery-prosesser. Forfatterne eksemplifiserer i sin studie med sitater som «han så noe i meg» om det uidentifiserbare, «tonen i stemmen gjorde at jeg ble» om det overfladiske og «hun er så rar ... det er så morsomt» om det tullete (mine oversettelser) (Bøe et al., 2019, s. 4–5). Flere studier med mennesker med psykiske helseutfordringer viser det samme. De små tingene spiller inn på personers opplevelse av gode samarbeid om Recovery-prosesser (Andersson, 2016; Davidson, 2011; Davidson & Johnson, 2013; Klevan et al., 2017; Ness, 2016; Tidefors & Olin, 2011; Topor, 2001, 2004, 2014; Topor et al., 2018; Ware et al., 2004).

Da ungdommene lånte begrepet *venn*, visste de at de omtalte fagpersoner som var betalt for å gi hjelp. De visste at relasjonene hadde et profesjonelt element, og de visste også at relasjonene ikke var vennskap. Topor og Denhov (2014) fant noe av det samme i sin studie der flere brukere karakteriserte hjelpsomme fagpersoner som *almost like a friend*. Der *almost like* viste til at det ikke er snakk om å ha erstattet en profesjonell relasjon med et ordinært vennskap. Det er noe som strekker seg ut over det man forventer av en betalt hjelper (Topor & Denhov, 2014).

I forskergruppa hvor jeg har samarbeidet om autoetnografi, leste vi en artikkel sammen om vennskap som metode i forskning (Tillmann-Healy, 2003). Tillmann-Healy (2003)

argumenterer for vennskap som metode i kvalitative undersøkelser og at dette innebærer å forske med etikken av vennskap tilpasset kontekst og de praksiser som eksisterer der det forskes (Tillmann-Healy, 2003). Da vi hadde lest og samtalt om artikkelen i forskergruppa, ga vi hverandre i oppgave å skrive en kort tekst om hva en venn var for hver av oss. På tross av at begrepet venn er noe vi alle omgir oss med i det daglige og kanskje tror vi har en felles forståelse av, ble det raskt klart for oss at vi hadde svært forskjellige syn på hva fenomenet vennskap innebærer. I min tekst skrev jeg følgende: «Vennskap handler for meg om å ha kontakt, å trenge noe og å gi noe samtidig» (Karlsson et al., 2019). I den vitenskapelige artikkelen *Fra Kebab til intimitet* arbeidet vi dialogisk med autoetnografiske tilnærminger for å utforske hva vennskap kan være (Karlsson et al., 2019). I forskergruppa hadde vi ikke samme oppfattelser av hva vennskap er, eller hvor nært det trenger være. Min tolkning av det vi fant sammen, handler om relasjoner som oppleves som gode for oss.

Dette forskningsprosjektet og andre studier viser at nærhet, å like noen, bryte med roller og gjøre unntak fra regler kan være viktig i samarbeid om Recovery-prosesser (Borg & Kristiansen, 2004; Denhov & Topor, 2012; Ljungberg et al., 2017; Ness, 2016; Skatvedt, 2013; Topor et al., 2018). Som profesjonell fagperson bør det derfor være essensielt å gjøre det som hjelper, for eksempel å inngå i nære relasjoner i samarbeid. Kanskje lykkes man da bedre i arbeidet, noe som i seg selv vil være en profesjonell gevinst. Slik vil man kunne arbeide med Relasjonelle Recovery-prosesser der fokus legges på samarbeid i nære relasjoner. Nære relasjoner kan bidra til gjenoppbygging av en positiv identitet, mening og håp (Karlsson & Borg, 2022; Leamy et al., 2011; Sælør et al., 2014).

Andersen (2021) beskriver viktigheten av å være vennlig som fagperson i møte med mennesker som oppsøker hjelp. Videre beskriver han vennlighet som å unngå moralisering, la være å bekjempe motstand og å lete etter ting man liker ved den andre. Kanskje bør profesjonelle samarbeidsrelasjoner om Recovery-prosesser derfor bygge på elementer vi kjenner fra vennskap? De delene av vennskap som dreier seg om å like noen, søke nærhet og gjøre det som oppleves godt for begge parter. Som Tillmann-Healy (2003, s. 729) omtaler det: Relasjoner «med etikken av vennskap» (min oversettelse). Ved å

utvikle praksiser og kunnskap om hvordan vi kan bruke etikken av vennskap, kan kanskje Skaus (2017) kompetansetrekant innebære fagpersoners bruk av egne erfaringer som en del av den personlige kompetansen. Der det ikke skilles sterkt mellom det private og personlige, men der fagpersoner benytter sine egne erfaringer som en direkte uttalt kompetanse i møter i psykisk helsearbeid. Skau (2017, s. 13) omtaler skillet mellom det personlige og private som et uklart, men viktig skille; «et skille som er både særlig viktig og særlig bevegelig når det gjelder personlig kompetanse». Bruk av egne erfaringer i psykisk helsearbeid vil kunne bidra til personorienterte praksiser som både fokuserer på ungdommer og fagpersoner som subjekter i samhandlingen (McCormack et al., 2017; Skjervheim, 1996). Personer som forstår hverandre i sine kontekster, som bidrar med ulike kompetanser og erfaringer i et samarbeid (Hamilton, 1951; Levin, 2004). Et psykisk helsearbeid preget av Relasjonell Recovery (Karlsson & Borg, 2022). I det videre diskuterer jeg hvordan bruk av egne erfaringer kan bidra til personlig kompetanse som profesjonell. Samtidig diskuterer jeg hvordan organisatoriske rammebetingelser kan muliggjøre slikt utviklingsarbeid.

6.3 Fagpersoners bruk av egne erfaringer i samarbeid med ungdom om Recovery-prosesser og utvikling av nye praksiser

I det videre vil jeg diskutere om fagpersoners bruk av egne erfaringer kan bidra til en utvidet forståelse av profesjonalitet i psykisk helsearbeid med ungdom. Da ungdommene i avhandlingen benyttet ordet *venn*, så var det for å beskrive noe som brøt med ungdommenes forventninger til en profesjonell fagperson. En samarbeidsrelasjon som opplevdes som god i deres Recovery-prosesser. På lik linje med at fagpersonene så det å oppleve gjenkjennelse i den andre, for eksempel at de begge var mødre, som viktig i samarbeidet, men som en motsetning til å være profesjonell (Soggiu et al., 2019, 2020). Jeg undrer på om denne kunnskapen fra forskningsprosjektet kan være uttrykk for at vi mangler en forståelse av profesjonelle roller i samarbeid om Recovery-prosesser? Videre undrer jeg på om italesettelse av egne erfaringer og gjenkjennelse kan være en del av en

profesjonell rolle som psykisk helsearbeider? Disse spørsmålene diskuterer jeg i det videre.

Forskning om Recovery-prosesser har brakt med seg det vi benevner som erfaringskonsulenter i psykisk helsetjenester. Erfaringskonsulenter er personer som er ansatt for å bruke sin kompetanse fra egne erfaringer med å være brukere og/eller pårørende innen ulike velferdstjenester (Elvemo & Bøe, 2008; Davidson et al., 2012; ImROC, 2012; Sundfør, 2012). Jeg har jobbet sammen med flere erfaringskonsulenter i ulike tjenester. Bidragene er svært viktige. Spesielt med tanke på å utvide forståelsen av kunnskap slik at man også innlemmer erfaringskunnskap i samarbeid om Recovery-prosesser, tjenesteutvikling og praksiser. Det har slått meg som paradoksalt at jeg, fordi jeg er utdannet, skal holde tett om egne livserfaringer på jobb, samtidig som vi ansetter andre for å bruke av sine. Det er noe konstruert over betegnelsen erfaringskonsulent. Ingen er bare sine erfaringer med utfordringer og samarbeid med hjelpetjenester. Ei heller er noen bare fagpersoner uten andre livserfaringer (Soggiu, 2022).

Selvrefleksivitet over egne erfaringer er å erkjenne hvilke følelser som påvirker oss som fagpersoner i samarbeid om Recovery-prosesser (Schibbye, 2009). Avhandlingen viser at fagpersoner oppfattet at det å bruke egne livserfaringer forbedret deres profesjonelle ferdigheter. Samtidig kunne fleksibiliteten i tjenestene utfordre deres egne behov for beskyttelse av hvor nært de kunne gå relatert til ungdommenes behov. Fra min egen praksis som psykisk helsearbeider har jeg erfart hvordan det å bruke egne erfaringer i møte med ungdommer kan bidra til å bygge relasjoner der vi finner gjenkjennelse i hverandre. Dette kan skape gode samarbeid om Recovery-prosesser. Imidlertid kan dette utfordre den profesjonelle rollen, da det kan ligge utenfor ens forståelse av hva det vil si å være profesjonell som psykisk helsearbeider.

I ulike deler av psykisk helsearbeid diskuteres bruk av det som betegnes som selvavsløringer (Danzer, 2019; Unhjem, 2022; Gutheil, 2010; Knox & Hill, 2003; Våpenstad, 2003). Selvavsløringer forstås som å dele personlig informasjon i samarbeid med brukere. For eksempel: «Jeg har barn». Gjennom bevisst å dele informasjon om seg selv viser man hvem man er og forteller åpent om følelser og tanker som en viktig del av

relasjonsarbeidet (Unhjem, 2022). Siqveland og Jensen (2022) fant at omtrent en tredjedel av dem som har egne erfaringer med psykiske utfordringer eller rusproblemer og en tredjedel av dem med pårørender erfaringer, deler slike erfaringer med brukere. Selvavsløringene handler da om mestringsstrategier og hvordan de hadde opplevd å få det bedre (Siqveland & Jensen, 2022).

Om man innlemmer fagpersoners egne erfaringer som en aktiv del av profesjonell kompetanse, kan man ikke forutsette at alle fagpersoner skal ha erfaringer med de samme livsutfordringer som personene de møter. Ei heller at kun de som har erfaringer med spesifikke utfordringer, er de som er best egnet til arbeid i psykisk helsetjenester. Da jeg studerte til å bli sosionom, gikk det rykter om at en av lærerne mine skulle ha sagt «Alle har vel hatt en kanarifugl som daua?» da unge studenter bekymret seg over manglende livserfaringer for å forstå andres livsutfordringer (Soggiu, 2022). For å inkludere personlige erfaringer som en del av den profesjonelle kompetansen må vi anerkjenne at alle erfaringer er viktige og kan bidra til vår kompetanse som fagpersoner. Gjennom dialoger med andre kan vi finne både likheter og forskjeller i livserfaringer, og dette kan bidra til læring om hvordan livet kan være. Skjervheims (1996) idé om å samarbeide som likeverdige partnere om en felles oppgave kan også være relevant her, da begge parter kan dra nytte av hverandres ulike kompetanser. Det betyr ikke at det ikke allerede arbeides i likeverdige relasjoner i psykisk helsearbeid. Dog kan en mer aktiv bruk av egne erfaringer bidra til å forsterke likeverdet i samarbeidsrelasjoner. Ved å bruke dialogiske praksiser der begge parter blir til gjennom dialogene, kan vi redusere ubalansen i makt som kan oppstå i relasjoner og samarbeid om Recovery-prosesser.

6.3.1 Organisatoriske rammebetingelser for bruk av egne erfaringer i samarbeid med ungdom om Recovery-prosesser og utvikling av nye praksiser

Om vi ser for oss at profesjonell kompetanse innebærer aktiv bruk og italesettelse av egne erfaringer, kan det medføre behov for utvikling av organisatoriske rammebetingelser for praksiser og ny kunnskap om slike praksiser. For eksempel at erfaringskompetanse innlemmes som en del av utdanningene til psykisk helsetjenester.

Strauss et al. (2009) hevdet at det ser ut til at fagpersoner gjennom sin opplæring og utdanning til å bli profesjonelle, læres til å skyve vekk det subjektive hos seg selv og hos brukerne. Om egne erfaringer ble sett som en profesjonell kompetanse, kunne fagpersoner gjennom utdanning lært hvordan de kunne foredle og benytte egne erfaringer aktivt i sitt arbeid. I sosialt arbeid øves studenter i ferdighetslæring (Bergheim & Ylvisaker, 2016). Slike øvingsarenaer for profesjonalitet kan også utvikles ved bruk av øvelser der studenter benytter flere kilder til kunnskap, også erfaringskunnskap.

Personorientert helsearbeid vektlegger både profesjonell kompetanse og personlige ferdigheter hos fagpersonene. Dette inkluderer engasjement for jobben, fokus på verdier og etikk, samt å ha kjennskap til seg selv som både fagperson og menneske (McCormack & McCance, 2006, 2010, 2017). Kunnskap utviklet i avhandlingen er et ytterligere bidrag til det personorienterte helsearbeidet hvor også fagpersonens erfaringer kan gis fokus og utvikles som en utvidet profesjonell kompetanse. Rammebetingelsene utfordres imidlertid til opplæring i praksiser, kollegastøtte og faglig veiledning, om egne erfaringer hos fagpersoner skal kunne foredles og benyttes som verktøy av den profesjonelle. For å utvikle profesjonell handlingskompetanse innen psykisk helsearbeid må fagpersoner ikke bare reflektere over egne erfaringer og holde dem utenfor samarbeidsrelasjoner. Egne erfaringer bør også betraktes som en aktiv ressurs som kan benyttes i samarbeid om Recovery-prosesser. Egne erfaringer vil da bli et verktøy i samarbeid med mennesker og en del av en profesjonell praksis i psykisk helsearbeid, som italesettes og benyttes i møte med kollegaer, ungdommer og foreldre i samarbeid. Det kan bidra til nye og mer personorienterte praksiser i samarbeid om Recovery-prosesser. Gjennom å legge til et personorientert fokus på fagpersoners selvutvikling som helhetlige mennesker kan samarbeidene i psykisk helsearbeid ta utgangspunkt i de erfaringer og kunnskaper som begge parter bringer inn i relasjonen. Dette gir muligheter for å arbeide sammen med ungdommer for å løse de utfordringene de står overfor og som de ønsker å gjøre endringer på, i tråd med ideene til Skjervheim (1996).

Transparente kollegiale praksiser er avgjørende for å verdsette fagpersoners egne erfaringer som kompetanse. Det innebærer å løfte frem etikken, grensene, forholdet

mellom nærhet og distanse i faglige dialoger mellom fagpersoner og mellom fagpersoner og brukere. Det å trekke veksler på kunnskap utviklet i avhandlingen om hvordan vi kan fasilitere for flere stemmer i kunnskapsutvikling, kan være nyttige bidrag for å utvikle nye praksiser (Soggiu et al., 2021).

Det å delta i tjenesteutvikling i psykisk helsetjenester og i samarbeid rundt egne Recovery-prosesser kan være en måte å arbeide med medvirkning for barn og unge slik de gis rett til gjennom FNs barnekonvensjon (Barnekonvensjonen, 1989). Ikke bare i spørsmål som angår den enkelte unge, men også i spørsmål som angår dem som gruppe. I avhandlingen fant vi at ungdommene som deltok i reflekterende prosesser, undret seg over at fagpersonene hadde gitt uttrykk for at de ikke alltid var sikre på hvordan de skulle hjelpe ungdommene de samarbeidet med (Soggiu et al., 2021). Det var overraskende for ungdommene at det å være profesjonell også kunne innebære usikkerhet. De satte pris på åpenheten om dette. De hadde ikke tidligere erfart slik sårbarhet i samarbeid om sine Recovery-prosesser. Ved å arbeide med dialogiske og reflekterende prosesser kan det være mulig å utfordre de profesjonelle rollene, og skape rom for likeverdige relasjoner. Dette kan også bidra til at usikkerheter kan løftes og at egne erfaringer kan tas med i betraktningen. Klevan et al. (2021) beskriver at samarbeid om Recovery-prosesser kan kjennetegnes ved en balanse mellom å gi og ta, lære fra hverandre og være mennesker.

Aktiv bruk av egne erfaringer som profesjonell kompetanse kan utfordre psykisk helsearbeids praksiser. Ved å skape rom for dialoger, refleksjon og etiske samtaler i tjenestene, både mellom fagpersoner og mellom fagpersoner og brukere, kan en ny profesjonell rolle samskapes. Ifølge en undersøkelse av erfaringskonsulenters erfaringer kan erfaringskunnskap ikke betraktes som en kunnskapsform som *er*. Erfaringskunnskap utvikles gjennom refleksjoner og møter med andre, der man gjennom veksling mellom nærhet og avstand til egne erfaringer og den andres erfaringer kan utvikle en erfaringsbasert kunnskapsform (Klevan et al., 2018).

Den slitasjen jeg selv har følt på som psykisk helsearbeider, har i stor grad dreid seg om å møte for store behov innenfor et trangt system. Jeg rakk ikke å gjøre det jeg mente var faglig godt nok. Kunnskap utviklet i forskningsprosjektet argumenterer for at

rammebetingelser i psykisk helsearbeid med ungdom må være romslige nok til at man kan arbeide fleksibelt (Soggiu et al., 2019). Ungdommenes egne mål må prege dialoger og samarbeidet. Slike praksiser krever nødvendigvis at fagpersoner gis rom til faglig refleksjon over egne praksiser, etikk og erfaringer både som menneske og fagperson. I slike praksiser kan man utvikle samarbeidsformer hvor egne erfaringer hos fagpersoner vies plass både i samarbeid om Recovery-prosesser og i møte med kollegaer. Profesjonell kompetanse innebærer både et kunnskapsaspekt og et handlingsaspekt: *knowing what* og *knowing how* (Bergheim & Ylvisaker, 2016; Hatlevik, 2014; Illeris, 2009; Johnson & Yanca, 2010). Ved å innlemme egne erfaringer som en del av den personlige kompetansen, slik Skau (2017) omtaler det, vil de profesjonelle utfordres både til et nytt *knowing what* og *knowing how*. Egne erfaringer kan da være en del av den profesjonelle handlingskompetansen. Slik kan man utvikle en profesjonell kompetanse som også inneholder aktiv bruk av egne erfaringer. Det er bred støtte i forskning om Recovery-prosesser for at det er virksomt å arbeide relasjonelt med utgangspunkt i brukernes egne mål (Biong & Borg, 2016; Borg et al., 2009; Borg et al., 2013; Borg & Kristiansen, 2004; Bøe et al., 2019; Davidson, 2011; Davidson & Johnson, 2013; Karlsson & Borg, 2017). Ved å anvende det som brukere har fortalt er hjelpsomt i Recovery-prosesser, kan fagpersoner lykkes ved å bruke seg selv som verktøy på en mer aktiv måte gjennom å benytte egne erfaringer. Gjenkjennelse i hverandre som mennesker vil da være en viktig komponent i arbeidet og kunne bidra til mer likeverdig samarbeid som subjekter (Skjervheim, 1996). Å arbeide med det som er virksomt, kan demme opp for det som kan være krevende ved å benytte egne erfaringer i samarbeidet.

6.3.2 Roller og posisjoner i samarbeid med ungdom om Recovery-prosesser og kunnskapsutvikling?

I det videre diskuterer jeg hvordan vi kan utvide forståelser av profesjonalitet ved å se på begrepene *rolle* og *posisjon*. Kan et skifte fra det å bekle en forutbestemt *rolle* til et aktørperspektiv der fagpersoner og forskere *posisjonerer* seg i kontekster, bidra til utvidede forståelser av profesjonalitet?

I forordet beskrev jeg noe av usikkerheten både hos meg og hos medforskerne knyttet til å gå inn i forskerrollen. Vi var i oppstarten av forskningsprosjektet usikre på når vi kunne bruke egne erfaringer, og når vi burde søke etter en form for nøytralitet. Med et vitenskapssyn basert i sosialkonstruksjonisme erfarte jeg underveis i arbeidet at det å ta på alvor at kunnskap skapes i en kontekst og dialoger med deltakerne som er til stede, også innebar at mine erfaringer både som fagperson og menneske ikke kunne skilles ut. Dialogers muligheter for felles læring fra hverandre og deltaking både gjennom ytre og indre dialoger utfordret meg til å tenke annerledes også om meg selv og egne erfaringer, og min egen deltakelse i utviklingen av kunnskap (Bakhtin, 1982, 1984; Seikkula & Arnkil, 2013). Kunnskap i avhandlingen ble utviklet gjennom dialogiske og reflekterende prosesser. Gjennom disse prosessene ble flerstemthet aktivt fremmet for å få frem ulike erfaringer blant deltakerne (Soggiu et al., 2021). Dette har ført til en erkjennelse av at et aktivt forhold til erfaringer kan bidra til videreutvikling av både forskningsmetoder for samarbeidsbasert forskning og kunnskap om samarbeid om Recovery-prosesser. Kunnskap som er utviklet, er ikke kun basert i erfaringer fra ungdommer, foreldre og fagpersoner, men også erfaringene til forskerne som har deltatt.

Kunnskap utviklet i avhandlingen viser at det kan være utfordrende å få frem alle stemmer i dialoger, der deltakerne i dialoger søker mot konsensus heller enn å holde på egne standpunkter (Soggiu et al., 2021). Sånn sett kan det være vanskelig å utfordre gjeldende diskurser i de kontekster man skal utvikle kunnskap i. Vi kan trekke veksler på kunnskap som ble utviklet om hvordan man kan *skreddersy* for at flere stemmer får plass i en dialogisk kunnskapsutvikling i psykisk helsearbeid med ungdom (Soggiu et al., 2021). Dette kan man arbeide med i reflekterende prosesser der ulike erfaringer gis plass gjennom dialoger (Andersen, 1991, 1995). Ved å utvikle arenaer for dialoger og refleksjon kan vi stimulere til at ulike erfaringer kommer sammen og utvikler praksiser og kunnskap i psykisk helsearbeid med ungdom (Soggiu et al., 2021). Jeg undrer meg på om dialogiske praksiser kan bidra til i fellesskap å utvikle nye forståelser av en utvidet profesjonalitet, der personlig kompetanse også innbefatter egne erfaringer hos den profesjonelle i samarbeidet med ungdom.

Kunnskap utviklet i avhandlingen utfordrer den profesjonelle rollen både som fagperson og forsker og dermed også metoder i den samarbeidsbaserte forskningen. I forskning om seksuell trakassering benyttet Karin Wideberg (1995, 2020) det hun omtaler som minnearbeid for å forstå kjønn og seksualitet. Minnearbeidet dreide seg om å ta i bruk egne minner med seksuelle overgrep og trakassering som vitenskapelig metode og som kilde til kunnskap om hvordan man med sin historie kan forstå slike hendelser. Altså går man nært seg selv og sine egne erfaringer for å forstå andres historier gjennom forskning. Man søker etter gjenkjennelse for å forstå andre (Wideberg, 1995, 2020). I autoetnografien utfordres vi gjennom reflektiv historiefortelling til å gjøre subjektive erfaringer til kilde for kunnskap om kulturer, normer og verdier (Grant, 2016; Grant & Zeeman, 2012; Karlsson et al., 2021). En aktiv bruk også av forskerens erfaringer i samarbeidsbasert forskning vil kunne bidra til en mer demokratisk kunnskapsutvikling der flerstemthet i dialoger tas på alvor ved at alle deltakeres erfaringer italesettes og synliggjøres i forskningsresultatene (Karlsson & Borg, 2021). I slike samarbeid kreves også andre forståelser av profesjonelle roller, noe som kan utvikles ved å benytte etikken fra vennskap i kvalitative undersøkelser (Tillmann-Healy, 2003).

Underveis i arbeidet med kappa har jeg gjort meg noen tanker rundt begrepet rolle. Jeg benytter det såpass mye i dagligtalen at da jeg skulle sette meg ned å skrive om det, måtte jeg slå opp hva som er ordets betydning. Vi snakker om rolleforståelse, yrkesroller, kjønnsroller, eller som i avhandlingen; profesjonell rolle som fagperson eller forsker. Innenfor sosiologi og sosialantropologi kan roller defineres som summen av normer og forventninger knyttet til en oppgave (Tjora et al., 2021). Tjora et al. (2021) hevder at mange roller er å anse som sosiale institusjoner, da de er preget av en viss stabilitet over tid. På scenen er roller noe man tar, for eksempel i et teaterstykke. Også der med bestemte karaktertrekk, manus for dialoger med videre. Altså kan roller forstås som noe man trer inn i, styrt av regler for adferd og handlinger. Noe statisk versus fleksibelt. Noe som kan belyse deltakerne i forskningsprosjektets trøbbel med å innlemme nærhet i den profesjonelle rollen som psykisk helsearbeider (Soggiu et al., 2019). Trøbbel med å finne ut hvordan man skal være forsker slik man *bør være*, eller forskning om at relasjoner som gir følelsen av likeverd kan oppfattes som et *brudd* med den profesjonelle rollen som

psykisk helsearbeider (Soggiu et al., 2019, 2020, 2021). Forventningene til rollene er skapt gjennom erfaringer gjort gjennom utdanning, opplæring eller møter med hjelpeapparatet (Strauss et al., 2009). Rollene har sine egne diskurser som er styrende for handlingsvalg de som inntar rollene, opplever å ha.

I dette kapittelet har jeg diskutert ulike muligheter for å utvide den profesjonelle rollen som psykisk helsearbeider, gjennom bruk av vennskap som inspirasjon til samarbeidsrelasjoner, bruk av egne erfaringer både som forsker og som fagperson (Strauss et al., 2009; Tillmann-Healy, 2003). Jeg undrer meg dog på om bruken av begrepet *roller* i seg selv stenger for utvidede forståelser av profesjonalitet både i psykisk helsearbeid og i samarbeidsbasert forskning. Kanskje ville et mer egnet begrep være *posisjon*. *Posisjon* kommer fra latin av ordet *ponere* og betyr å sette eller å stille (Store norske leksikon, 2020). Forstått som å sette noe på plass, eller stille noe opp. Noe som innebærer en aktiv handling, et aktørperspektiv. Man posisjonerer seg i en kontekst, mer enn at man bekler en forutbestemt rolle.

Et slikt aktørperspektiv henger nært sammen med det dialogiske. Aktørene kan ha ulike posisjoner i samhandlingen, som veksler mellom indre og ytre dialoger, skapt i tid, rom og i relasjoner. Slike dialoger kan også bidra til å utfordre til å gjenskape den profesjonelle posisjonen på nytt og på nytt i ulike kontekster. Slik bidrar Relasjonell Recovery med en forståelse av at Recovery-prosesser alltid skjer i kontekster, også utenfor psykisk helsetjenester. En slik gjentakende posisjonering av profesjonelt psykisk helsearbeid forutsetter samarbeid basert på subjekt–subjekt-relasjoner (Skjervheim, 1996). Slike relasjoner kan ikke baseres på nøytrale fagpersoner som utfører manualbaserte tilnærminger der både bruker og fagperson forstås som objekter i samhandlingen.

6.4 Nærhet i samarbeid med ungdom om Recovery-prosesser – en etisk og juridisk fordring?

Kunnskap utviklet i avhandlingen indikerer relasjoners betydning for Recovery-prosesser, og at nærhet ved å vite noe om eller å bli likt av fagpersoner kunne være viktig i samarbeidet. Over har jeg diskutert fagpersoners bruk av egne erfaringer i samarbeid, for

å skape gjenkjennelse og nærhet i samarbeid om Recovery-prosesser med ungdom. I det videre diskuterer jeg noen utfordringer knyttet til å gjøre krav på fagpersoners følelser ved bruk av egne erfaringer som kompetanse i psykisk helsearbeid. Jeg diskuterer dette opp mot nærhetsetikkens fordring om at vi har ansvar for våre medmennesker når vi inngår i relasjoner.

I mitt virke i psykisk helsearbeid samarbeidet jeg med ungdom, og gjenkjennelsen til mitt eget liv var stor. Jeg hadde vokst opp under liknende forhold i samme område av Oslo. Også jeg var kjent med fattigdom, psykisk helse- og rusutfordringer både i egen familie og i omgivelsene rundt (Soggiu, 2023). Jeg hadde kviet meg for å benytte egne erfaringer i arbeidet. Jeg var tidligere redd for å bli oppfattet som uprofesjonell ved å gå for nært inn i relasjoner. I samarbeidet med ungdommene opplevde jeg det imidlertid som uredelig å ikke skulle tilkjenne egne erfaringer, livsvalg og gjenkjennelse. Det var en inngang til å nå inn til dem og skape relasjoner basert på likeverd. Vi sto sammen om å løse utfordringer. En subjekt-subjekt-relasjon, der de ulike sosiale problemene ble sett som saken vi felles skulle samarbeide om, slik Skjervheim (1996) kunne beskrevet det.

Neumann (2021) tematiserer begrepet kjærlighet, som en rettsliggjort verdi og et etisk ideal for ansatte i barnevernet. I 2018 ble barnevernlovens formålsparagraf 1.1 endret, og begrepet kjærlighet ble inkludert. «Loven skal bidra til at barn og unge møtes med trygghet, kjærlighet og forståelse og at alle barn og unge får gode og trygge oppvekstvilkår» (Barnevernloven, 1992, § 1-1). Neumann (2021) hevder at kravet om å yte kjærlighet innebærer at fagpersoner skal føle på bestemte måter og produsere de rette følelsene for varme, omsorg og kjærlighet. Ifølge forfatteren kan man risikere et barnevern som ikke er kunnskapsbasert i den forstand at man ikke inkluderer kunnskapsområdene som innretter seg mot at fagpersoner skal oppøve et refleksivt forhold til seg selv som menneske og maktutøver i samarbeid med barn og deres familier (Neumann, 2021). Et annet poeng er at man kan elske noen og samtidig gi dårlig omsorg (Hennum, 2002; Neumann, 2021).

Et aspekt som kan utfordres av en aktiv bruk av egne erfaringer som profesjonell kompetanse, er ubalansen i makt som alltid eksisterer i samarbeid om Recovery-

prosesser. Om kjærlighetskravet i barnevernet skriver Neumann (2021) at den profesjonelle skal ha oversikt over sine følelsesmessige reaksjoner for å kunne greie å opptre respektfullt selv om den profesjonelle selv er opprørt. Neumann legger til: «Hva den profesjonelle faktisk føler, er etter mitt syn en privatsak» (Neumann, 2021, s. 300). Neumann (2021) har unektelig et poeng. Personer er i kontakt med ulike deler av hjelpeapparatet fordi de skal få noe de nettopp ikke ville fått fra en venn. En del tjenester er ei heller kun basert på frivillighet, slik som i barnevernet eller i deler av psykisk helsevern. Det ambulante psykisk helseteamet i dette forskningsprosjektet arbeidet ut fra frivillighet. Ungdommene var så unge som 13 år, og man må derfor kunne anta at både skole og foreldre har bidratt til at de var i samarbeid med teamet. En profesjonalitet i tjenestene skal derfor innebære at man møter kompetente ansatte, med høy grad av selvrefleksjon, som først og fremst er på jobb for å bidra til at noen andre får den hjelpen de ber om og trenger. Det er ikke et selvutviklingsprosjekt for fagpersonene.

I avhandlingen har vi utviklet kunnskap som forteller noe om viktigheten for ungdom i de nære møtene, om å søke gjenkjennelse og bygge ned stivbeint forståelse av profesjonalitet (Soggiu et al., 2019, 2020). Nærhetsetikken forplikter oss til ansvar for andre mennesker, bare ved at vi er sammen med dem. Vi har aldri med et annet menneske å gjøre uten at vi på noe vis har noe av den andres liv i vår hånd (Løgstrup, 1999). Vi er flettet inn i hverandres liv og dermed avhengig av hverandre, og at vi møter hverandre med tillit er grunnleggende (Løgstrup, 1999). Der Løgstrup (1999) utfordrer vårt ansvar i møte med den andre, løfter Skjervheim (1996) fram det likeverdige i relasjoner som noe som kan utfordres om vi ikke blir forstått som subjekt. Noe som kan utfordres om vi forsøkes forandret utenfra, gjennom andres ønsker for våre liv (Andersen, 1991, 1995, 2021). Eller som Seikkula og Arnkil (2013) skriver, at dialogisk praksis gir nye muligheter for å møte brukeren som et helt og fullt menneske der samarbeidet er basert på gjensidighet.

Bruk av egne erfaringer som profesjonell kompetanse i samarbeid om Recovery-prosesser handler ikke nødvendigvis om å yte kjærlighet. Det vil kunne bidra til en annen form for nærhet i samarbeid, som kan være følelsesmessig krevende. På et vis kan jeg

derfor beskyldes for nå å ta til orde for et ytterligere krav på fagpersoners følelser. På den annen side vil jeg hevde at våre erfaringer som mennesker alltid er til stede i samarbeid om Recovery-prosesser, og preger arbeidet i psykisk helsearbeid. Selvrefleksivitet hos de profesjonelle har dermed vært viktig for å ha et bevisst forhold til egne følelser og erfaringer. Det nye ville i så måte være aktivt å innlemme og italesette disse erfaringene i samarbeid med ungdommer og deres nettverk.

6.5 Avhandlingens styrker og begrensninger

I det videre vil jeg reflektere rundt avhandlingens styrker og begrensninger. Temaene jeg reflekterer rundt er: 1) Sosialkonstruksjonistisk kunnskapssyn som utledet designet for forskningsprosjektet, 2) Omfattende mengde med data, 3) Ungdoms deltakelse i samarbeidsbasert forskning, 4) Min egen nærhet til tematikken.

Avhandlingens styrker er også dens begrensninger. Med et sosialkonstruksjonistisk ståsted er kunnskap samskapt med de deltakerne og forskerne jeg har samarbeidet med, innenfor dagens rådende diskurser i psykisk helsearbeid. Gjennom valg av design og metoder har vi forsøkt å forstå hvordan fagpersoner kan samarbeide med ungdom og foreldre om Recovery-prosesser i psykisk helsearbeid. Videre hvordan skape og fasilitere for samarbeidsbasert kunnskaps- og tjenesteutvikling. Jeg var ny som forsker og har måttet lære underveis. Forskningsprosjektet ble sånn sett utviklet av en uerfaren forsker i samarbeid med mer erfarne. Noe som gjorde at viktige valg for avhandlingen ble tatt uten at jeg var kvalifisert til å mene så altfor mye om de veivalg vi tok. Andre forskere ville kunne jobbet med forskningsspørsmål og kunnskapsutvikling på andre måter enn meg. Kunnskap som er utviklet, er sånn sett nært knyttet til de deltakerne som arbeidet med akkurat denne avhandlingen.

Forskningsprosjektet har hatt en omfattende dataskaping der ulike metoder ble tatt i bruk. I planleggingen av prosjektet var det et ønske å utvikle praksiser for psykisk helsearbeid med ungdom samtidig som forskningsprosjektet pågikk. Det ble derfor gjennomført dialogiske verksteder med fagpersoner der vi sammen hadde fokus på deres praksiser sett i lys av tilnærminger fra Åpen Dialog. Videre ble det gjennomført

flerstegsintervjuer både i fokusgrupper og individuelt. Til sist ble dataskaping til gjennom reflekterende prosesser med medforskere, fagpersoner og forskere. En utfordring i arbeidet med avhandlingen har vært å gjøre utvalg av data for analyser samt tematisk fokus. Slik vil det være i alle forskningsprosjekter. Men for dette forskningsprosjektet betyr det at deler av dataene kunne vært benyttet med annet fokus enn jeg har valgt i delstudiene. For eksempel kunne det vært spennende å se på og analysere materialet fra de dialogiske verkstedene, med blick for om fagpersonene fortalte om endrede praksiser underveis i forskningsprosjektet. Videre har jeg gjort et utvalg av funn fra delstudiene som diskuteres i kappa. Flere temaer og andre refleksjoner kunne vært gjort av andre forskere med andre interesseområder og andre kompetanser enn meg.

Avhandlingen tar utgangspunkt i personers egne erfaringer. Kunnskap som er utviklet, er ikke teoretisk og har ei heller utledet kunnskap som kan benyttes i manualer for praksiser i psykisk helsearbeid med ungdom. Vi har tatt utgangspunkt i deltakernes subjektive erfaringer i forskningsprosjektet. Kunnskap som er utviklet, styrkes av en lang forskningstradisjon med kunnskap om personers subjektive erfaringer med Recovery-prosesser.

Jeg hadde ikke kjennskap til Åpne Dialoger i nettverksmøter før jeg gikk i gang med forskningsarbeidet. Det samme gjaldt narrative intervjuer og ulike analysemetoder for analyser av data. Det at jeg sammen med deltakerne i forskningsprosjektet har tilegnet meg kunnskap om både tilnærminger og forskningsmetoder underveis, vurderer jeg som en styrke innenfor et samarbeidsbasert forskningsprosjekt. Gjennom designet for forskningsprosjektet har vi forsøkt å utvikle arenaer og rom for likeverdige samarbeidsrelasjoner der vi har kunnet undersøke, reflektere og finne ut av ting sammen. Wulf-Andersen et al. (2021a) beskriver utfordringer ved at mange unge er opptatt av å passe inn og opptre som forventet når man skal legge til rette for samarbeid i forskning. De hevder at det kreves ekstra fokus og bevissthet om at å delta i forskning for unge, ikke oppleves som enda en arena der de må leve opp til andres forventninger (Wulf-Andersen et al., 2021a). Jeg har tidligere løftet frem diskusjoner jeg hadde med medforskerne om bekymringer knyttet til hvordan de skulle opptre i rollene som forskere. Dette kan forstås

som uttrykk for et ønske om å *opptre riktig slik som forventet av dem*. En styrke i designet for avhandlingen har vært at vi sammen har utforsket hvordan Kompetansegruppa kunne samarbeide, og at hele delstudie 3 rettet fokus på hvordan flere stemmer kunne gis rom i kunnskapsutviklingen. Ved hjelp av analyseredskapet INFADIA undersøkte vi spenninger og diskurser i den dialogiske kunnskapsutvikling (Phillips, 2011).

Ungdom i utvikling er mulig mer søkende mot å leve opp til forventninger, enn voksne, noe som kan ha påvirket intervjusituasjonene. Dog var en antagelse i det sosialkonstruksjonistiske rammeverket for avhandlingen at kunnskap skapes av de personer som er til stede, i tid, sted og rom. Ved bruk av prinsipper for Åpne Dialoger og reflekterende prosesser har vi søkt å legge til rette for nettopp Åpne Dialoger. Om deltakerne har erfart situasjonene slik, vet de best selv. Slik vil det muligens alltid være i kvalitativ forskning, og i samarbeid med mennesker i det hele. Vi har ikke etterspurt deltakernes erfaringer og oppfattelser av om vi har lyktes i vår streben etter Åpne Dialoger. Dette kunne vært videre utforsket i forskningsprosjektet.

Jeg har belyst samarbeid i ulike kontekster, fra dialogiske verksteder, erfaringer med samarbeid om Recovery-prosesser og samarbeid om kunnskapsutvikling. Det at jeg har bakgrunn i psykisk helsearbeid og med samarbeid med ungdom, har farget mitt blikk gjennom hele forskningsprosessen. I tillegg har jeg egne erfaringer fra selv å trøble med psykiske helseutfordringer og å samarbeide om Recovery-prosesser. Det kan være begrensende at jeg hadde mye erfaring innenfor det feltet jeg forsket på, fordi andre med mindre erfaring eller annen erfaring kunne vært oppmerksomme på andre ting og fokusert forskningsprosjektet på en annen måte. I en sosialkonstruksjonistisk forståelse kunne de utviklet annen kunnskap enn det jeg har gjort sammen med mine samarbeidspartnere. Jeg har brukt det som en styrke i avhandlingen, utviklet og reflektert rundt denne form for erfaringers plass både i kunnskapsutvikling og som en del av en profesjonell posisjon som fagperson. Min vurdering er at åpenhet om nærhet til tematikken gjennom bruk av autoetnografiske inspirasjoner, styrker de forskningsetiske dimensjonene ved å utvikle kunnskap om noe man har nært. Det har utfordret meg til en

bevisstgjøring om erfaringers plass både hos meg som fagperson, forsker og som menneske.

6.6 Implikasjoner for praksiser og videre forskning i psykisk helsearbeid med ungdom

Forskningsprosjektets hensikt var å utvikle kunnskap om samarbeid om Recovery-prosesser mellom fagpersoner, ungdommer og foreldre i psykisk helsearbeid med ungdom. Fokus har vært på hvordan fagpersoner forstår at ungdom trøbler og hva ungdommer og foreldre forteller at de trenger i samarbeid om Recovery-prosesser. Videre var det et mål å utvikle kunnskap om metoder for samarbeidsbasert forskning.

Kunnskap utviklet i forskningsprosjektet kan indikere behov for å videreutvikle praksiser og kunnskapsutvikling innen psykisk helsearbeid med ungdom rundt følgende temaer:

- Bruk av sosialt gruppearbeid i psykisk helsearbeid med ungdom
- Praksiser som fremmer samarbeid i nære relasjoner om Recovery-prosesser
- Fagpersoners bruk av egne erfaringer i psykisk helsearbeid med ungdom
- Videreutvikling av metoder for samarbeidsbasert forskning

6.6.1 Bruk av sosialt gruppearbeid i psykisk helsearbeid med ungdom

I avhandlingen diskuterer jeg om samarbeid om Recovery-prosesser med ungdom kan hente inspirasjoner fra sosialt gruppearbeid i psykisk helsearbeid. Slike praksiser kan utvikles i nært samarbeid og dialoger med de ungdommene det gjelder. Gruppetilnærminger vil kunne bidra til å utløse ressurser, økt grad av selvbestemmelse, samt mobilisering blant deltakerne til å løse felles og individuelle utfordringer. Det å kjenne seg igjen i gruppeledere og deltakere kan bidra til å dempe stigma og bygge relasjoner, nettverk og tilhørighet blant deltakerne. Bruk av gruppemetoder som sosialt gruppearbeid vil også kunne bidra til å dempe ekspertrollen. Sosialt gruppearbeid handler om å samarbeide basert i subjekt–subjekt-relasjoner hvor fokus er å løse utfordringer i fellesskap. Det å utvikle slike praksiser samt å forske på bruk av slike tilnærminger vil kunne bidra til ungdomsvennlige psykisk helsetjenester basert i Relasjonell Recovery.

6.6.2 Praksiser som fremmer samarbeid i nære relasjoner i psykisk helsearbeid med ungdom

I avhandlingen diskuterer jeg om samarbeid i profesjonell nærhet kan hente inspirasjoner fra vennskap. Dette kan dempe ekspertrollen i samarbeid om Recovery-prosesser. Praksiser som fremmer nære relasjoner, kan utfordre rammebetingelser i dagens psykisk helsearbeid med ungdom. Kunnskap utviklet i forskningsprosjektet viste at nære relasjoner rundt ungdommers mål er betydningsfullt i Recovery-prosesser. Videre at relasjonene må bygges på fleksibilitet og i nært samarbeid som utvikles i dialog. Slik kunnskap kan indikere at det både bør arbeides med organisatoriske rammebetingelser som fremmer arbeid med Relasjonell Recovery, og at det utvikles kunnskap om hva slike rammebetingelser kan innebære. Samarbeidsbasert kunnskapsutvikling i dialoger mellom forskere, fagpersoner, ungdommer og pårørende kan bidra til kunnskap om hvordan rammebetingelser for Relasjonell Recovery kan utvikles videre.

6.6.3 Fagpersoners bruk av egne erfaringer i psykisk helsearbeid med ungdom

I avhandlingen diskuterer jeg fagpersoners bruk av egne erfaringer som en del av samarbeid om Recovery-prosesser. Dette er et mindre undersøkt område både i forskning og praksiser i psykisk helsearbeid. Kunnskap utviklet i forskningsprosjektet kan indikere at utforskning av fagpersoners bruk av egne erfaringer kan bidra til utvikling av psykisk helsetjenester og forståelser av profesjonalitet i psykisk helsearbeid. Ved å utforske praksiser der fagpersoners egne erfaringer benyttes, med påfølgende forskning om både ungdommers, foreldres og fagpersoners erfaringer, vil kunne tilføre psykisk helsefeltet viktig kunnskap om hvordan egne erfaringer kan brukes. I slike praksiser bør etikken, grensene, forholdet mellom nærhet og distanse i faglige diskusjoner gis fokus. Slik kan kunnskap om transparente kollegiale praksiser utvikles for å verdsette fagpersoners egne erfaringer som kilde og kompetanse i samarbeid i Relasjonell Recovery om Recovery-prosesser.

Kunnskap utviklet i avhandlingen utfordrer den profesjonelle rollen både som fagperson og forsker og dermed også metoder i den samarbeidsbaserte forskningen. Jeg diskuterer hvordan en aktiv bruk av forskerens erfaringer i samarbeidsbasert forskning kan bidra til en mer demokratisk kunnskapsutvikling fordi alle deltakeres erfaringer italesettes og synliggjøres i forskningsresultatene. Det å se fagpersoner og forskere som personer som posisjonerer seg i samhandling, mer enn at de ikler seg roller, kan utfordre dem til å gjenskape den profesjonelle posisjonen på nytt og på nytt i ulike kontekster. Å videreutvikle praksiser samt kunnskap om nye posisjoner og forståelser av profesjonalitet kan bidra til å utvikle psykisk helsearbeid både som praksis- og kunnskapsfelt. Ved å skape rom for dialoger, refleksjon og etiske samtaler i tjenestene, både mellom fagpersoner og mellom fagpersoner og brukere, kan en ny profesjonell rolle samskapes. Dette kan også være et område for videre samarbeidsbasert forskning basert i dialoger.

Om egne erfaringer skal benyttes som profesjonell kompetanse, kan utdanning til psykisk helsearbeid benyttes som læringsarenaer. Slik læring kan for eksempel videreutvikles innen ferdighetslæringen i sosialt arbeid. Ferdighetslæringen kunne da innlemmet bruk av erfaringskompetanse. Kunnskap på hvordan slikt kan læres gjennom utdanning eller i praksisfelter kan utvikles gjennom forskning.

6.6.4 Videreutvikling av metoder for samarbeidsbasert forskning i psykisk helsearbeid med ungdom

Kunnskap utviklet i avhandlingen viser at ved bruk av reflekterende prosesser og ved å *skreddersy metoder* for samarbeidsbasert forskning, kan flere stemmer gis plass i kunnskapsutvikling. I de reflekterende prosessene vi gjennomførte i forskningsprosjektet, var det utfordrende å få frem alle stemmer i dialoger, der deltakerne søkte mot konsensus heller enn å holde på egne standpunkter. En slik søken mot konsensus kan også forstås som noe som ble til gjennom flerstemthet. Å benytte dialogiske og reflekterende tilnærminger metodologisk i samarbeidsbasert kunnskapsutvikling er et felt som kan videreutvikles gjennom nye forskningsprosjekter, der fokus kan rettes mot hvilken betydning søken etter konsensus har i kunnskapsutviklingen. Slik forskning kan

også utforske hvordan konsensus kan utfordres gjennom andre dialogiske metoder for samarbeidsbasert forskning enn det vi benyttet i dette forskningsprosjektet.

6.7 Avsluttende refleksjoner

Min egen gjenkjennelse i diktene til Karin Boye har ikke alltid vært like enkelt for meg å få øye på eller sette ord på. Jeg har kjent at det er noe der, og ikke alltid visst hva det var. Det hun italesatte om egne følelser og erfaringer gjennom språk, resonnererte med noe jeg kunne kjenne igjen fra mitt liv. Jeg har hatt liknende følelser i relasjoner med mange ulike mennesker gjennom livet. Det har skapt trøst å kjenne seg igjen i andres beskrivelser. Gjenkjennelse gjør at jeg føler meg mindre rar, mer lik enn ulik, mindre alene. Det å klikke med noen, ha god kjemi, kan føre til at jeg senker skuldrene. Jeg blir mindre redd for å bli avvist, mer avslappet, mer åpen for dialoger om både livets gode og mindre gode sider.

Gjennom språk og dialoger konstrueres verden, mening og personer. Vi kan erfare oss selv i møter med andre. I andres erfaringer kan vi både lære at verden kan framstå annerledes enn det vi selv har erfart, og føle gjenkjennelse i eget liv gjennom andres opplevelser. I avhandlingen har jeg italesatt egen og andres erfaringer med samarbeid om Recovery-prosesser og kunnskapsutvikling. Den er gjort om til tekst. Den teksten er jeg i ferd med å avrunde nå. Teksten er ikke lenger bare min. Erfaringene til ungdommer, foreldre, fagpersoner, andre forskere og mine egne er forsøkt formidlet så redelig som mulig til deg som leser. Med mitt blikk, med den bagasjen jeg bærer med meg, med de styrker og mangler jeg har som sosionom, psykisk helsearbeider, forsker og som menneske. Kanskje gir det gjenkjennelse hos deg som leser, kanskje ikke. Du har i alle fall vært i dialoger med teksten mens du har lest den.

Jeg har selv hatt motstand mot forandring på grunn av mine mange samarbeid om Recovery-prosesser, både om egne og andres. Arbeidet med avhandlingen har allikevel gjort noe med meg. Noe er forandret. Jeg avslutter derfor kapittelet der jeg startet. Noe mer håpefullt når det gjelder muligheten for forandringer både av praksiser og av forskning. Slik avsluttet Karin Boye (1935) sitt dikt:

Då, når det är värst och inget hjälper,
Brister som i jubel trädets knoppar.
Då, när ingen rädsla längre håller,
faller i ett glitter kvistens droppar
glömmer att de skrämdes av det nya
glömmer att de ängslades för färden -
känner en sekund sin största trygghet,
vilar i den tillit som skapar världen.

7 Kilder

- Abenius, M. (1950). *Drabbad Av Renhet, En Bok Om Karin Boyes Liv Och Diktning*. Albert Bonniers Forlag.
- Addams, J. (1910). Twenty Years at Hull-House. University of Virginia American Studies Program. <http://xroads.virginia.edu/~Hyper/ADDAMS/title.html>
- Alice Cooper. (1972). *School's Out*. På *School's Out*. Warner Bros.
- Andersen, T. (1991). *The Reflecting Team: Dialogues and Dialogues About Dialogues*. W W Norton & Co.
- Andersen, T. (1995). Reflecting processes: Acts of forming and informing. I S. Friedman (Red.), *The Reflecting Team in Action* (s. 11–37). Guilford Press.
- Andersen, T. (2021). *Vandringer og veiskiller, En bok om berøring og deltakelse i psykiatri og annet fredsarbeid*. Fagbokforlaget.
- Anderson, H. (2012). Collaborative relationships and dialogic conversations: Ideas for a relationally responsive practice. *Family Process*, 51(1), 8–24.
<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01385.x>
- Andersson, G. (2016). What makes supportive relationships supportive? The social climate in supported housing for people with psychiatric disabilities. *Social Work in Mental Health*, 14(5), 509–529.
<https://doi.org/10.1080/15332985.2016.1148094>.
- Aristoteles. (2011). *Aristotle's Nicomachean Ethics*. The University of Chicago Press.
- Askheim, O.P. (2016). Samproduksjon som velferdssektorens kinderegg. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(1), 24–36.
<https://doi.org/10.18261/ISSN2387-5984-2016-01-06>

- Askheim, O.P. & Høiseth, J.R. (2019). Medforskerrollen – i spenningsfeltet mellom anerkjennelse, koopering og «tokenisme». I O.P. Askheim, I.M. Lid & S. Østensjø (Red.), *Samproduksjon i forskning - Forskning med nye aktører* (s. 214-230). Universitetsforlaget.
- Baarts, C. (2010). Autoetnografi. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder: en grundbog* (s. 153–163). Hans Reitzels Forlag.
- Bakhtin, M. (1982). *The Dialogic Imagination: Four Essays*. M. Holquist. (Red.). University of Texas Press Slavic Series.
- Bakhtin, M. (1984). *Problems of Dostoevsky's Poetics*. C. Emerson (Red.). University of Minnesota Press.
- Bakken, A. (2018). *Ungdata 2018. Nasjonale resultater* (NOVA Rapport 8/18). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/20.500.12199/5128>
- Bakken, A. (2021). *Ungdata 2021. Nasjonale resultater* (NOVA Rapport 8/21). Norsk institutt for forskning om oppvekst velferd og aldring.
<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/2767874>
- Bakken, A., Sletten, M.A. & Eriksen, I.M. (2019). Generasjon prestasjon? Ungdoms opplevelse av stress og press. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 18(2), 45–75.
<https://journals.oslomet.no/index.php/ungdomsforskning/article/view/3151>
- Bang, L., Hartz, I., Furu, K., Odsbu, I., Handal, M. & Torgersen, L. (2023). *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge. Psykiske plager og lidelser hos barn og unge*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/?term=>
- Barnekonvensjonen. (1989). *Konvensjon om barnets rettigheter* (20-11-1989). Lovdata.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/KAPITTEL_8#KAPITTEL_8

- Barnevernloven. (1992). Lov om barnevern (LOV-1992-07-17-100). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-06-18-97?q=Barnevernloven>
- Barth, E. & von Simson, E. (2012). Ungdomsarbeidsledighet og konjunkturer. *Økonomiske analyser*, 31(5), 38–45.
<https://samfunnsforskning.brage.unit.no/samfunnsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2476413/barth.pdf?sequence=1>
- Baxter, L. (2006). Communication as dialogue, I G.J. Shepherd, J. St. John & T. Striphas (Red.), *Communication as: Perspectives on Theory* (s. 101–109). Sage Publications.
- Bellamy, C., Schmutte, T. & Davidson, L. (2017). An update on the growing evidence base for peer support. *Mental Health and Social Inclusion*, 21(3), 161–167.
<https://doi.org/10.1108/MHSI-03-2017-0014>
- Beresford, P. (2003). User involvement in research: Exploring the challenges. *Journal of Research in Nursing*, 8(1), 36-36.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/136140960300800106>
- Bergheim, B. & Ylvisaker, S. (2016). Utvikling av relasjons- og kommunikasjonskompetanse i undervisning av sosionomstudenter. *Fontene forskning* 9(1) 29-40. <https://fontene.no/forskning/utvikling-av-relasjons-og-kommunikasjonskompetanse-i-undervisning-av-sosionomstudenter-6.584.865503.1dbe67db5d>
- Biong, S. & Borg, M. (2016). Hva handler Recovery om? I A. Landheim, F.L. Wiig, M. Brendbekken, M. Bordahl & S. Biong (Red.), *Et bedre liv – Historier, erfaringer og forskning om Recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer*, (s. 18-27). Gyldendal Norsk Forlag.
- Biong, S. & Soggiu, A.-S. (2015). «Her tar de tingene i henda og gjør noe med det». Om Recovery-orienteringen i en kommunal ROP-tjeneste. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(1), 51–60. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2015-01-06>

- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252–260.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0085885>
- Borg, M., Johnson, T.A., Bryant, W., Beresford, P. & Karlsson, B. (2015). Flerstemt forskningssamarbeid innen psykisk helse: erfaringer fra Storbritannia og Norge. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(1), 62-70.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2015-01-07>
- Borg, M., Karlsson, B. & Kim, H.S. (2009). User involvement in community mental health services – Principles and practices. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(3), 285–292.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01370.x>
- Borg, M., Karlsson, B., Kim, H.S. & McCormack, B. (2012). Opening up for many voices in knowledge construction. *Qualitative Social Research*, 13(1).
<https://doi.org/10.17169/fqs-13.1.1793>
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser – En systematisk kunnskapssammenstilling* (NAPHA Rapport 4/2013). Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
<https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Borg, M. & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493–505.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638230400006809>
- Borg, M. & Kristiansen, K. (2009). *Medforskning: å forske sammen for kunnskap om psykisk helse*. Universitetsforlaget.
- Boye, K. (1935). *För trädets skull*. Bonniers Förlag.
- Bradbury, H. & Reason, P. (2008). *Handbook of Action Research* (2. utg.) SAGE Publications Ltd.

- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brinkmann, S. (2015). Knausgård som forsker. I D. Bugge, S. Fauth & O. Morsing (Red.), *Knausgård i syv sind* (s. 151–167). Forlaget Anis.
- Brinkmann, S. (2016). *Stå imot, si nei til selvutvikling*. Press.
- Brinkmann, S. (2017). *Ståsteder, 10 gamle ideer til en ny verden*. Press.
- Brinkmann, S. (2018). *Gå glipp, om begrensningens kunst i en grenseløs tid*. Press.
- Brännlund A., Strandh M. & Nilsson, K. (2017). Mental-health and educational achievement: the link between poor mental-health and upper secondary school completion and grades. *Journal of Mental Health*, 26(4), 318-325.
<https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1294739>
- Bøe, T.D. (2016). «They say yes; they don't say no»: *Experiences of change in dialogical approaches to mental health – a qualitative exploration* [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Agder]. Brage. <https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/bitstream/handle/11250/2381188/Tore%20Dag%20B%20c3%b8e%202016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bøe, T.D. (2020, 2. mars). Åpen dialog i nettverksmøter: en demokratisk og vitenskapsbasert praksis. *Mad in Norway*.
https://www.madinnorway.org/2020/03/apen-dialog-i-nettverksmoter/?fbclid=IwAR00_xCMId5JzwnUre8xoSCBIq8_OvqKC99E_6683MwYFYDNguWOKU1JMU
- Bøe, T.D., Larsen, I.B. & Topor, A. (2019). Nothing matters: the significance of the unidentifiable, the superficial and nonsense. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 14(1).
<https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1684780>

- Clark, M. (2015). Co-production in mental health care. *Mental Health Review Journal*, 20(4), 213–219.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1108/MHRJ-10-2015-0030>
- Clarke, V., Braun, V., Terry, G. & Hayfield, N. (2019). Thematic analysis. I P. Liamputtong (Red.), *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* (s. 843–860). Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_103
- Croninger, R.G. & Lee, V.E. (2001). Social capital and dropping out of high school: Benefits to at-risk students of teachers' support and guidance. *Teachers College Record*, 103(4), 548–581.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/0161-4681.00127>
- Danzer, G.S. (2019). *Therapist self-disclosure: an evidence-based guide for practitioners*. Routledge.
- Davidson, L. (2011). Recovery from psychosis. What's love got to do with it? *Psychological, Social and Integrative Approaches*, 3(2), 105–114.
<https://doi.org/10.1080/17522439.2010.545431>
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K. & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illness: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11(2), 123–128. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009>
- Davidson, L. & Johnson, A. (2013). It's the little things that count: Rebuilding a sense of self in schizophrenia. *Tidsskrift for Psykisk helsearbeid*, 10(3), 258–264.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2013-03-08>
- Davidson, L., Ridgway, P., Schmutte, T. & O'Connell, M. (2009). Purposes and goals of service user involvement in mental health research, I J. Wallcraft, B. Schrank & M. Amering (Red.), *Handbook of Service User Involvement in Mental Health Research* (s. 87–98). Wiley-Blackwell.

- De Ridder, K.A.A., Pape, K., Johnsen, R., Holmen, T.L., Westin, S. & Bjørngaard, J.H. (2013). Adolescent health and high school dropout: A prospective cohort study of 9000 Norwegian adolescents (the Young – HUNT). *PLoS One*, 8(9).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074954>
- Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora. (2021). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. De nasjonale forskningsetiske komiteene.
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Denhov, A. & Topor, A. (2012). The components of helping relationships with professionals in psychiatry: Users' perspective. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(4), 417–424. <https://doi.org/10.1177/0020764011406811>
- Departementene. (2017). Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022). <https://www.nhri.no/wp-content/uploads/imports/MTEuMDkuMTcuMTEuMjMuMzRNZXN0cmUgaGVsZS-BsaXY=.pdf>
- Desai, M.U., Bellamy, C., Guy, K., Costa, M., O'Connell, M.J. & Davidson, L. (2019). 'If you want to know about the book, ask the author': Enhancing community engagement through participatory research in clinical mental health settings. *Behavioral Medicine*, 45(2), 177–187.
<https://doi.org/10.1080/08964289.2019.1587589>
- Desai, M.U., Pavlo, A.J., Davidson, L., Harpaz-Rotem, I. & Roenheck, R. (2016). «I want to come home»: Vietnam *Psychiatric Quarterly*, 87-Era veterans' presenting for mental health care, roughly 40 years after Vietnam. *Psychiatric Quarterly*, 87(2), 229–239. <https://doi.org/10.1007/s11126-015-9382-2>
- Draus, P. (2004). *Consumed in the city: Observing tuberculosis at century's end*. Temple University Press.

Ekeland, T.J. (2011). *Ny kunnskap – ny praksis: Et nytt psykisk helsevern*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2444757>

Ekeland, T.J. (2021). *Psykisk helsevern – en kunnskapsplattform*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. <https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2021/03/Psykisk-helsevern-En-kunnskapsplattform-2021.pdf>

Ellingsen, I.T., Kleppe, L.C., Martinsen, K.H. & Vindegg, J. (2021). *Sosionomen i situasjonen*. Universitetsforlaget.

Ellingsdalen, M. & Skree, L. (2014). Hvor blir det av paradigmeskiftet i Norge? Menneskerettighetsutviklingen siden 2006. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(3), 270–276. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-03-09>

Ellingsæter, A.L., Hatland, A., Haave, P. & Stjernø, S. (2020). *Den nye velferdsstatens historie. Ekspansjon og omdanning etter 1996*. Gyldendal.

Elvemo, O. & Bøe, T.D. (2008). «Psykiske lidelser – en kvalifikasjon». *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(4), 306-308.

<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2008-04-01>

Eriksen, I.M., Sletten, M.A., Bakken, A. & von Soest, T. (2017). *Stress og press blant ungdom. Erfaringer, årsaker og utbredelse av psykiske helseplager* (NOVA Rapport 6/17). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/20.500.12199/5115>

Fellesorganisasjonen. (2019). *Yrkesetisk grunnlagsdokument*.

<https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2014). *Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge*.

Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2014/folkehelse rapporten-2014-helsetilst/>

Folkehelseinstituttet. (2018). *Folkehelse rapporten - kortversjon. Helsetilstanden i Norge 2018*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/kortversjon/kortversjon-2018/?term=>

Foucault, M. (2019). *Klinikkens fødsel*. Gyldendal.

Frank, A. (2005). What is dialogical research, and why should we do it? *Qualitative Health Research*, 15(7), 964–974. <https://doi.org/10.1177/1049732305279078>

Franklin, D.L. (1986). Mary Richmond and Jane Addams from moral certainty to rational inquiry in social work practice. *Social Service Review*, 60(4), 504–525.

<https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/644396?prevSearch=%2528addams%2529%2BAND%2B%2525Bjournal%253A%2Bssr%2525D>

Førde, R. (2014). *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske komiteene.

<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

Gergen, K.J. (2015). *An invitation to social construction* (3. utg.). SAGE Publications Ltd.

Grant, A. (2016). Living my narrative: storying dishonesty and deception in mental health nursing. *Nursing Philosophy*, 17(3), 194–201.

<https://doi-org.ezproxy1.usn.no/10.1111/nup.12127>

Grant, A. & Zeeman, L. (2012). Whose story is it? An autoethnography concerning narrative identity. *The Qualitative Report*, 17(36), 1–12.

Gutheil, T.G. (2010). Ethical aspects of self-disclosure in psychotherapy: knowing what to disclose and what not to disclose. *The Psychiatric times* 27(5), 39-41.

Halvorsen, K. & Stjernø, S. (2021). *Økonomisk og sosial ulikhet i Norge*.

Universitetsforlaget.

Hamilton, G. (1951). *Theory and Practice of Social Casework*. Columbia University Press.

Hansen, R. & Solem, M-B. (2017). Introduksjon til sosialt arbeid. I R. Hansen & M-B.

Solem (Red.), *Sosialt arbeid – en situert praksis* (s. 15-23). Gyldendal Akademisk.

Hatlevik, I.K.R. (2014). *Meningsfulle sammenhenger. En studie av sammenhenger mellom læring på ulike arenaer og utvikling av ulike aspekter ved profesjonell kompetanse hos studenter i sykepleier-, lærer- og sosialarbeiderutdanningene* [Doktorgradsavhandling]. Høgskolen i Oslo og Akershus.

Healy, K. (2001). Participatory action research and social work: A critical appraisal.

International social work, 44(1), 93-105.

<https://doi.org/10.1177/002087280104400108>.

Heap, K. (2005). *Gruppemetode for sosial- og helsearbeidere*. Gyldendal Akademisk.

Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 26.

september 2023 frå

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#kunnskapsbasert-praksis>

Helsedirektoratet. (2011). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser, Sammensatte tjenester – samtidig behandling* (IS-1948).

<http://hdl.handle.net/11250/2460771>

Helsedirektoratet. (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer* (IS-1870).

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/184/Veileder-for-utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer-IS-1870.pdf>

- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen for mestring, Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten* (IS-2076). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Hennum, N. (2002). *Kjærlighetens og autoritetens kulturelle koder, Om å være mor og far for norsk ungdom* (NOVA-rapport 19/02). Norsk institutt for forskning om oppvekst velferd og aldring. <https://hdl.handle.net/20.500.12199/4835>
- Henriksen, J.-O. & Vetlesen, A.J. (2006). *Nærhet og distanse, Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, J.K. (2008). The multistage focus group interview – a relevant and fruitful method in action research based on a co-operative inquiry perspective. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 10(1), 3-14.
<http://hdl.handle.net/11250/134226>
- Illeris, K. (2009). Competence, Learning and Education: how can competences be learned, and how can they be developed in formal education? I K. Illeris (Red.), *International perspectives on competence development: developing skills and capabilities* (s. 83-98). Routledge.
- ImROC. (2012). *Peer support workers; Theory and practice*. [Brosjyre].
<https://imroc.org/wp-content/uploads/2022/04/5ImROC-Peer-Support-Workers-Theory-and-Practice.pdf>
- Johnson, S. & Yanca, L. (2010). *Social Work Practice: A Generalist Approach*. Pearson.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery – Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Gyldendal Akademisk.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2021). *Samarbeidsbasert forskning*. Gyldendal Akademisk.

- Karlsson, B. & Borg, M. (2022). Menneskerettigheter, Recovery og Open Dialog – kan Relasjonell Recovery være en revolusjonær tilnærming i psykisk helse- og rusfeltet? *Nordic Journal of Wellbeing and Sustainable Welfare Development*, 1(1), 21-34. <https://doi.org/10.18261/njwel.1.1.3>
- Karlsson, B., Klevan, T., Soggiu, A.-S., Sælør, K.T. & Villje, L. (2021). *Hva er autoetnografi?* Cappelen Damm Akademisk.
- Karlsson, B.E., Klevan, T., Soggiu, A.-S., Sælør, K.T., Villje, L. & Aasgaard, H.S. (2019). «Fra kebab til intimitet» – dialogisk autoetnografisk utforskning av vennskap. *Scandinavian Psychologist*, 6(e6). <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.6.e6>
- Kelada, L., Hasking, P., Melvin, G., Whitlock, J. & Baetens, I. (2018). «I do want to stop, at least i think i do»: An international comparison of recovery from nonsuicidal self-injury among young people. *Journal of Adolescent Research*, 33(4), 416–441. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0743558416684954>
- Kelly, M. & Coughlan, B. (2019). A theory of youth mental health recovery from a parental perspective. *Child and Adolescent Mental Health*, 24(2), 161–169. <https://doi.org/10.1111/camh.12300>
- Kemmis, S. (2006). Participatory action research and the public sphere. *Educational Action Research*, 14(4), 459–476. <https://doi.org/10.1080/09650790600975593>
- Kidd, S., Davidson, L., Frederick, T. & Kral, M.J. (2018). Reflecting on participatory, action-oriented research methods in community psychology: Progress, problems, and paths forward. *American Journal of Community Psychology*, 61(1–2), 76-87. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12214>
- Klevan, T. (2017). *The importance of helpful help in mental health crises. Experience, stories, and contexts – A qualitative exploration* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Sørøst-Norge. <http://hdl.handle.net/11250/2436527>

- Klevan, T. & Grant, A. (2022). *An Autoethnography of Becoming a Qualitative Researcher, A dialogic view of academic development*. Taylor & Francis.
- Klevan, T., Jonassen, R., Borg, M. & Sællør, K.T. (2020). Using Dyadic Interviews to Explore Recovery as Collaborative Practices: Challenging the Epistemic Norm of the Single Person Perspective. *International Journal of Qualitative Methods*, 19, 1-9. <https://doi.org/10.1177/1609406920967868>
- Klevan, T., Jonassen, R., Topor A. & Borg, M. (2021). Mutual learning: exploring collaboration, knowledge and roles in the development of Recovery oriented services. A hermeneutic-phenomenological study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16(1), 1-13. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.2001898>
- Klevan, T., Karlsson, B. & Ruud, T. (2017). «At the extremities of life» – Service user experiences of helpful help in mental health crises. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 20(2), 87–105. <https://doi.org/10.1080/15487768.2017.1302370>
- Klevan, T., Sjøfjell, T.L., Borg, M. & Karlsson, B. (2018). «Det er litt som et eget språk». *Erfaringsmedarbeideres forståelser og bruk av erfaringsbasert kunnskap i samarbeid med brukere i psykiske helse- og rustjenester* (Forskningsrapport Nr 3, 2018). Universitetet i Sørøst-Norge, Senter for psykisk helse og rus. <http://hdl.handle.net/11250/2577300>
- Klyve, A. (2010). *Sinte unge menn i kunnskapssamfunnet*. Folio Forlag.
- Knapstad, M., Heradstveit, O. & Sivertsen, B. (2018). *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT) 2018/ HELT ÆRLIG-undersøkelsen*. Studentsamskipnaden i Oslo og Akershus. [https://khrono.no/files/2018/09/05/SHOT%202018%20\(1\).pdf](https://khrono.no/files/2018/09/05/SHOT%202018%20(1).pdf)

- Knox, S. & Hill, C.E. (2003). Therapist self-disclosure: Research-based suggestions for practitioners. *Journal of Clinical Psychology*, 59(5), 529–39.
<https://doi.org/10.1002/jclp.10157>
- Krogh, F. & Indergård, P. (2017). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2017, Norsk pasientregister* (Rapport IS-2708). Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%202017.pdf/_attachment/inline/c2d71252-371f-4a09-a9e6-00948ebd0098:3dd8a0440c9b68e5cf9df3b725b306ba532de464/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%202017.pdf
- Lamb, S., Markussen, E., Teese, R., Sandberg, N. & Polesel, J. (2011). *School Dropout and Completion, International Comparative Studies in Theory and Policy*. Springer.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal Recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Levin, I. (2004). *Hva er sosialt arbeid*. Universitetsforlaget.
- Lin, J.A., Hartman-Munick, S.M., Kells, M.R., Milliren, C.E., Slater, W.A., Woods, E.R., Forman, S.F. & Richmond, T.K. (2021). The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Number of Adolescents/Young Adults Seeking Eating Disorder-Related Care. *Journal of Adolescent Health* 69(4), 660-663.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.05.019>
- Ljungberg, A., Denhov, A. & Topor, A. (2017). A balancing act – How mental health professionals experience being personal in their relationships with service users. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(7), 578–583.
<https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1301603>

- Lock, A. & Strong, T. (2014). *Sosial konstruksjonisme, teorier og tradisjoner*. Fagbokforlaget.
- Løgstrup, K.E. (1999). *Den etiske fordring*. Cappelen Forlag.
- Madsen, O.J. (2018). *Generasjon prestasjon*. Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795–805.
<https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Markussen, E., Frøseth, M.W. & Sandberg, N. (2011). Reaching for the unreachable: Identifying factors predicting early school leaving and non-completion in Norwegian upper secondary education. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 55(3), 225–253. <https://doi.org/10.1080/00313831.2011.576876>
- Markussen, E. & Seland, I. (2012). *Å redusere bortvalg – bare skolens ansvar? En undersøkelse av bortvalg ved de videregående skolene i Akershus fylkeskommune skoleåret 2010–2011* (Rapport 6/2012). Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning. <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/bitstream/handle/11250/280856/NIFUrapport2012-6.pdf?sequence=1>
- McCormack, B. & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing: Theory and Practice*. Wiley-Blackwell Publishing.
- McCormack, B. & McCance, T. (2017). Introduction. I B. McCormack & T. McCance (Red.), *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care, Theory and Practice* (2. Utg., s. 1-11). Wiley Blackwell.

McCormack, B., van Dulmen, S., Eide, H., Skovdahl, K. & Eide, T. (2017). Person Centredness in Healthcare Policy, Practice and Research, I B. McCormack, S. van Dulmen, H. Eide, K. Skovdahl & T. Eide (Red.), *Person-Centred Healthcare Research* (s. 3-17). Wiley Blackwell.

McGovern, P. & Ellingsdalen, M. (2022). QualityRights – Mot psykisk helsetjenester basert i menneskerettighetene. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 19(1), 85–96.
<https://doi.org/10.18261/tph.19.1.8>

McNamee, S. (2010). Research as Social Construction: Transformative Inquiry. Pesquisa como construção social: investigação transformativa. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, 1(1), 09-19.
<https://www.redalyc.org/pdf/2653/265319560004.pdf>

Moberg, J., Skogens, I. & Schön, U-K. (2022). Review: Young people's recovery processes from mental health problems – a scoping review. *Child an Adolescent Mental Health*, 28(3), 393-407. <https://doi.org/10.1111/camh.12594>

Moen, O.M. (2023). *Skolens omsorgssvikt*. Oslo: Cappelen Damm.

Ness, O. (2016). De små ting: Om relasjonell etikk og samarbeid i psykisk helse- og rusarbeid. I B. Karlsson (Red.), *Det går for sakte i arbeidet med psykisk helse og rus* (s. 58-73). Gyldendal Akademisk.

Ness, O., Johansen, A. & Bjørlykhaug, K.I. (2016). *RoSe-gruppene på NaKuHel – En forskningsbasert evaluering av likepersongruppene på NaKuHel-senteret i Asker* (SFPR-forskningsrapport 5-2016). Høgskolen i Sørøst-Norge.
<http://hdl.handle.net/11250/2436485>

Ness, O. & von Heimburg, D. (2020). Collaborative Action Research: Co-constructing Social Change for the Common Good, I S. McNamee, M. Gergen, C.C. Borges & E. Rasera (Red.), *The SAGE Handbook of Social Constructionist Practice* (s. 34–45). Sage.

- Ness, O. & von Heimburg, D. (2021). Aksjonsforskning: Samskapt kunnskap som endrer liv og samfunn. I O. Ness & D. von Heimburg (Red.), *Aksjonsforskning, Samskapt kunnskap som endrer liv og samfunn* (s. 19-34). Fagbokforlaget.
- Neumann, C.B. (2021). Kjærlighet på bestilling – om staten, barnevernsarbeidere og følelser. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 98(4), 290–305.
<https://doi.org/10.18261/issn.1891-1838-2021-04-0>
- NOU 2021: 6. (2021). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien — Rapport fra Koronakommisjonen*. Statsministerens kontor.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2021-6/id2844388/>
- Nygård, G. (2021). *35 prosent har høyere utdanning*. Statistisk sentralbyrå.
<https://www.ssb.no/utdanning/utdanningsniva/statistikk/befolkningens-utdanningsniva/artikler/35-prosent-har-hoyere-utdanning>
- Ole Paus. (1982). Alt var mye bedre under krigen. På Noen der oppe. Parlophone.
- Olsen, M. (2015). An auto-ethnographic study of «Open Dialogue»: The illumination of snow. *Family Process*, 54(4), 716–729. <https://doi.org/10.1111/famp.12160>
- Ose, S.O. & Jensen, C. (2017). Youth outside the labour force – Perceived barriers by service providers and service users: A mixed method approach. *Children and Youth Services Review*, 81, 148–156.
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.08.002>
- Parsons, T. (1951). Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 21(3), 452–460.
<https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1951.tb00003.x>
- Phillips, L. (2011). *The Promise of Dialogue*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.

- Phillips, L. & Napan, K. (2016). What's in the 'co'? Tending the tensions in co-creative inquiry in social work education. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 29(6), 827–844. <https://doi.org/10.1080/09518398.2016.1162869>
- Price-Robertson, R., Obradovic, A. & Morgan, B. (2016). Relational recovery: Beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health*, 15(2), 108-120. <https://doi.org/10.1080/18387357.2016.1243014>
- Rayner, S., Thielking, M. & Lough, R. (2018). A new paradigm of youth recovery: Implications for youth mental health service provision. *Australian Journal of Psychology*, 70(4), 330–340. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12206>
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse, Kvalitative metoder i samfunnsfag*. (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Richmond, M.E. (1917). *Social diagnosis*. Russell Sage Foundation.
<https://www.historyofsocialwork.org/PDFs/1917,%20Richmond,%20Social%20Diagnosis%20OCR%20C.pdf>
- Richmond, M.E. (1922). *What is social case work? An introductory description*. Russell Sage Foundation.
https://historyofsocialwork.org/1917_Mary_Richmond/1922%20Richmond%20what%20is%20social%20casework.pdf
- Rose, D. (2009). Collaboration. Is collaborative research possible? I J. Wallcraft, B. Schrank & M. Amering (Red.), *Handbook of Service User Involvement in Mental Health Research* (s. 169–179). Wiley-Blackwell.
- Rose, D., Leese, M., Oliver, D., Bennewith, O., Priebe, S. & Wykes, T. (2011). A Comparison of Participant Information Elicited by Service User and Non-Service User Researchers. *Psychiatric Services*, 62(2), 210–213.
https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.62.2.pss6202_0210

- Schibbye, A-L. L. (2009). *Relasjoner, Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Schrank, B., Hayward, M., Stanghellini, G. & Davidson, L. (2011). Hope in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, 17(3), 227–235.
<https://doi.org/10.1192/apt.bp.109.007286>
- Seikkula, J. (2008). Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy. *Journal of Family Therapy*, 30(4), 478–491.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00439.x>
- Seikkula, J. (2011). Becoming Dialogical: Psychotherapy or a Way of life? *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32(3), 179-193.
<https://doi.org/10.1375/anft.32.3.179>
- Seikkula, J. (2012). *Åpne samtaler* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Seikkula, J. & Arnkil, T.E. (2013). *Åpen dialog i relasjonell praksis*. Gyldendal Akademisk.
- Sells, D., Topor, A. & Davidson, L. (2004). Generating Coherence out of Chaos: Examples of the Utility of Empathic Bridges in Phenomenological Research. *Journal of Phenomenological Psychology*, 35(2), 253–271.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1163/1569162042652164>
- Siqveland, J. & Jensen, P. (2022). *Helsepersonells bruk av personlige erfaringer med psykiske lidelser og rusproblem i arbeidet (HEPRA), En undersøkelse blant ansatte i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (2022:2)*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
<https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2022/02/HEPRA.pdf>
- Skatvedt, A. (2013). *Småprat som terapeutisk verktøy*. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse, Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s. 98–116). Gyldendal Akademisk.

- Skau, G.M. (2017). *Gode fagfolk vokser, Personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (5. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Aschehoug.
- Slade, M. (2009). *Personal Recovery and mental illness, A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.
- Sletten, M.A. & Bakken, A. (2016). *Psykiske helseplager blant ungdom. Tidstrender og samfunnsmessige forklaringer* (NOVA Notat 4/2016). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
<https://utdanningsforskning.no/contentassets/a86bb0fa14dc452695ffc6512e69073/web-utgave-notat-4-16.pdf>
- Soggiu, A-S. (2017). Sosialt gruppearbeid situert i NAV. I R. Hansen & M-B. Solem (Red.), *Sosialt arbeid, en situert praksis* (243-262). Gyldendal Akademisk.
- Soggiu, A-S. (2022, 11. april). «Alle har vel hatt en kanarifugl som daua?» *Khrono*.
<https://khrono.no/alle-har-vel-hatt-en-kanarifugl-som-daua/678593>
- Soggiu, A-S. (2023). *Vi fattigfolk*. Forlaget Manifest.
- Soggiu, A-S. & Biong, S. (2017). Samarbeid noen dør med: Om sosialarbeideres erfaringer med klienter som dør i overdose. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(4), 302-314. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-04-03>
- Soggiu, A-S., Karlsson, B., Klevan, T.G. & Ness, O. (2021). Inner and Outer Voices in Research: How Dialogical Approaches Can Enhance Knowledge Development in Mental Health Care. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 42(2), 225-240. <https://doi.org/10.1002/anzf.1450>
- Soggiu, A-S.L., Klevan, T. G., Davidson, L. & Karlsson, B. E. (2019). School's out with fever: service provider perspectives of youth with mental health struggles.

International Journal of Adolescence and Youth, 25(1), (343-354).

<https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1646663>

Soggiu, A-S.L., Klevan, T., Davidson, L. & Karlsson, B. (2020). A sort of friend: narratives from young people and parents about collaboration with a mental health outreach team. *Social Work in Mental Health*, 18(4), 383-397.

<https://doi.org/10.1080/15332985.2020.1761932>

Statistisk sentralbyrå. (2023, 12. juni). *Gjennomføring i videregående opplæring*.

<https://www.ssb.no/utdanning/videregaende-utdanning/statistikk/gjennomforing-i-videregaende-opplaering>

Store norske leksikon. (2020, 28. juni). *Posisjon*. <https://snl.no/posisjon>

Strand, A.H. & Svalund, J. (2021). *Velferdsordninger til unge, Bruk av arbeidsavklaringspenger og kvalifiseringsprogram, blant unge utenfor arbeid og utdanning* (FAFO-rapport 2021:35). Fafo.

<https://www.fafo.no/images/pub/2021/20802.pdf>

Strauss, J., Lawless, M.S. & Sells, D. (2009). Becoming expert and understanding mental illness. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 72(3), 211–221.

<https://psycnet.apa.org/doi/10.1521/psyc.2009.72.3.211>

Sullivan, P. (2012). *Qualitative Data Analysis Using a Dialogical Approach*. SAGE

Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446268391>

Sundfør, K-O. (2012). «Fra bruker til erfaringskonsulent». *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(4), (366-369).

<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2012-04-11>

Sælør, K.T., Ness, O., Holgersen, H. & Davidson, L. (2014). Hope and Recovery: A scoping review. *Advances in Dual Diagnosis*, 7(2), 63–72.

- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J. & Le Boutillier, C. (2012). Social factors and Recovery from mental health difficulties: A review of the evidence. *British Journal of Social Work*, 42(3), 443–460.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/bjsw/bcr076>
- Tidefors, I. & Olin, E. (2011). A need for «good eyes»: Experiences told by patients diagnosed with psychosis. *International Journal of Qualitative Studies in Health Well-being*, 6(1), 1–9. <https://psycnet.apa.org/doi/10.3402/qhw.v6i1.5243>
- Tillmann-Healy, L.M. (2003). Friendship as method. *Qualitative Inquiry*, 9(5), 729–749.
<https://doi.org/10.1177/1077800403254894>
- Tjora, A., Skirbekk, S. & Tjernshaugen, A. (2021, 22. februar). *Rolle*. Store norske leksikon. <https://snl.no/rolle>
- Topor, A. (2001). *Managing the contradictions—Recovery from severe mental disorders* [Doktorgavhandling, Stockholms Universitet]. Open Access i DiVA.
<https://su.diva-portal.org/smash/get/diva2:302582/FULLTEXT01.pdf>
- Topor, A. (2004). *Vad hjälper?: vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Natur Kultur Akademisk.
- Topor, A. (2014). *Boendestödjarnas erfarenhetskunskap. Boendestöd – beslut och praktik. Erfarenheter från Lidingö stads socialpsykiatri*. Institutionen för Socialt Arbete, Stockholms Universitet & Lidingö Stad. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:776707/FULLTEXT01.pdf>
- Topor, A. & Borg, M. (2014). *Virksomme relasjoner, om Recoveryprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (3. utg.). Kommuneforlaget.
- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S. & Davidson, L. (2011). Not Just an Individual Journey: Social Aspects of Recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(1), 90–99. <https://doi.org/10.1177/0020764009345062>

- Topor, A., Bøe, T.D. & Larsen, I.B. (2018). Small things, micro-affirmations and helpful professionals everyday. Recovery-orientated practices according to persons with mental health problems. *Community Mental Health Journal*, 54(8), 1212–1220. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10597-018-0245-9>
- Topor, A., Bøe, T.D. & Larsen, I.B. (2022). The Lost Social Context of Recovery Psychiatrization of a Social Process. *Frontiers in Sociology*, 7, Artikkel 832201. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2022.832201>
- Topor, A. & Denhov, A. (2014). Going beyond: Users' experiences of helping professionals. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 7(3), 228-236. <https://doi.org/10.1080/17522439.2014.956784>
- Turner, M. & Beresford, P. (2005). *User controlled research: It's meanings and potential* (Final Report). Centre for Citizen Participation & Brunel University. <https://shapingourlives.org.uk/report/user-controlled-research-its-meanings-and-potential/>
- Ungdata. (2023). *Hva er Ungdata?* Hentet 28. september 2023 fra <https://www.ungdata.no/hva-er-ungdata/>
- Unhjem, J.V. (2022, 24. oktober). Mange sykepleiere deler egenerfaringer med pasienter. Sykepleien. <https://sykepleien.no/etikk/2022/10/mange-sykepleiere-deler-egenerfaringer-med-pasienter>
- Verdens legeförening. (2013). *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/helsinkideklarasjonen/>
- Veseth, M., Binder, P.-E., Borg, M. & Davidson, L. (2017). Collaborating to stay open and aware: Service user involvement in mental health research as an aid in reflexivity. *Nordic Psychology*, 69(4), 256–263. <https://doi.org/10.1080/19012276.2017.1282324>

- Vike, H., Karlsson, B. & Sundet, R. (2022). Innledning. I H. Vike, B. Karlsson & R. Sundet (Red.), *Velferdsstatens transformasjoner* (s. 13–27). Bergen: Fagbokforlaget.
<https://doi.org/10.55669/oa200900>
- von Soest, T., Bakken, A., Pedersen, W. & Sletten, M.A. (2020). Livstilfredshet blant ungdom før og under covid-19-pandemien. *Tidsskriftet for Den Norske Legeforening*, 10. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0437>
- Våpenstad, E. V. (2003). Selvavsløringer og nyere psykoanalyse. Om terapeutens subjektive bidrag. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 40(10), 848-856.
- Ware, N.C., Tugenberg, T. & Dickey, B. (2004). Practitioner Relationships and Quality of Care for Low-Income Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 55(5), 555–559. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1176/appi.ps.55.5.555>
- Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T., Angold, A., Egger, H., Solheim, E. & Sveen, T. (2011). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 695-705. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x>
- Wideberg, K. (1995). *Kunnskapens kjønn*. Pax.
- Wideberg, K. (2020). Fra #metoo til sex i arbeid(et). *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 44(1), 80-86. <https://doi.org/10.18261/issn.1891-1781-2020-01-08>
- World Health Organization. (2021, 17. november). *Mental health of adolescents*. World Health Organization.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Wulf-Andersen, T., Follesø, R. & Olsen, T. (2021a). Involving Youth Research – Closing Reflections. I T. Wulf-Andersen, R. Follesø & T. Olsen (Red.), *Involving Methods in Youth Research, Reflections on Participation and Power. Studies in Childhood and Youth* (s.1-15). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-3-030-75941-4_1

Wulf-Andersen, T., Warming, H. & Neidel, A. (2021b). Power and Reflexivity: Positions and Positioning in Involving Research with Young People. I T. Wulf-Andersen, R. Follesø & T. Olsen (Red.), *Involving Methods in Youth Research, Reflections on Participation and Power. Studies in Childhood and Youth* (17-46). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-3-030-75941-4_1

Soggiu: «Venner er kanskje litt overdrevent?»

Artikkel 1

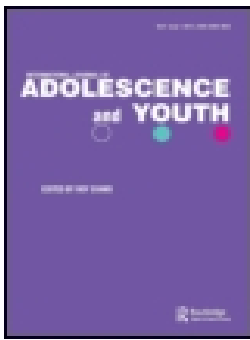
Soggiu, A-S.L., Klevan, T.G., Davidson, L. & Karlsson, B. (2019). School's out with fever:

service provider perspectives of youth with mental health struggles.

International Journal of Adolescence and Youth, 25(1), 343-354.

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02673843.2019.1646663>

Soggiu: «Venner er kanskje litt overdrevent?»



School`s out with fever: service provider perspectives of youth with mental health struggles

Anna-Sabina Lindroos Soggiu, Trude Gøril Klevan, Larry Davidson & Bengt Eirik Karlsson

To cite this article: Anna-Sabina Lindroos Soggiu, Trude Gøril Klevan, Larry Davidson & Bengt Eirik Karlsson (2019): School`s out with fever: service provider perspectives of youth with mental health struggles, International Journal of Adolescence and Youth, DOI: [10.1080/02673843.2019.1646663](https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1646663)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1646663>



© 2019 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group.



Published online: 26 Jul 2019.



Submit your article to this journal [↗](#)





Article views: 260



View Crossmark data [↗](#)

School's out with fever: service provider perspectives of youth with mental health struggles

Anna-Sabina Lindroos Soggiu , Trude Gøril Klevan, Larry Davidson 
and Bengt Eirik Karlsson

Center of Mental Health and Substance Abuse, University of South-Eastern Norway, Drammen, Norway

ABSTRACT

Youth struggling with mental health issues is a major concern in Norway and other Western countries. As is the increasing rate of youth unemployment combined with high rates of disengagement from education. Rather than receiving support to complete their education or find work, they are often given a psychiatric diagnosis that may camouflage the social nature of their problems. Therefore, a multidisciplinary approach to meeting the needs of the population is called for. Through qualitative and dialogical methods, this study explores how service providers on an outreach team understand why youth are in need of care and what is considered quality care. The article raises issues about the difficulties of youth in an essential societal arena as school. The findings contributes to knowledge on how to develop a collaborative practice in a field of tensions between contradictory policies that require recovery-oriented practice within a discourse of pathologizing youth troubling.

ARTICLE HISTORY

Received 1 July 2019
Accepted 18 July 2019

KEYWORDS

Mental health; youth;
dialogue; outreach team;
quality care

Background

A major concern in Norway and other Western countries is the increasing rate of youth unemployment combined with high rates of disengagement from education (Barth & von Simson, 2012; Maguire, 2015; Markussen, Frøseth, & Sandberg, 2011). During the last two decades, the rate of Norwegian youth who have not completed educational training in a five-year period has hovered at approximately 30 percent (Markussen et al., 2011). Alternatives to education are few (Barth & von Simson, 2012) as the labor market increasingly requires specialized competence, and jobs that do not require a higher level of education have decreased.

Meanwhile, the percentage of young people struggling with mental health issues is also growing (Bakken, 2018; Croninger & Lee, 2001; De Ridder et al., 2013; Lamb, Markussen, Teese, Sandberg, & Polesel, 2011; Norwegian Institute of Public Health, 2018). Studies have shown that health problems in youth predict weak labor force participation later in life (Pape, Bjørngaard, Holmen, & Krokstad, 2012; Winding & Andersen, 2015). Ose and Jensen (2017) found that mental health problems could camouflage social problems and that, although health, social, and other problems are highly prevalent among youth that are neither in employment nor in education or training (referred to as NEET), most youth want to work or complete their education. However, rather than receiving support to complete their education or find work, youth who are NEET are often given a psychiatric diagnosis that may camouflage the social nature of their problems. Therefore, a multidisciplinary professional approach to meeting the needs of the population is called for.

Extensive political reforms have occurred in the mental health profession in Norway since the 1980s (Ekeland, 2011; Karlsson, 2018). These reforms have led to a shift in the goals of care, from symptom reduction to participation in society, community inclusion, and citizenship (Ekeland, 2011). We have also observed a focus on recovery-oriented practices in Norwegian policies for mental health services, where recovery is understood as both a social and a personal process and for which service users' empowerment and own aims should guide the services provided (Norwegian Directorate of Health, 2014). Despite this shift in policies, biomedical understandings are still dominant in the mental health field. For instance, personal struggles are viewed as illnesses and service providers are often viewed as experts (Aarre, 2018; Ekeland, 2011; Karlsson & Borg, 2017).

In addition to changes in mental health policies, substantial policy changes have been made in the Norwegian public-school system in a move from segregation to integration (Ministry of Education and Research, 1998). In contrast to a segregated model, the shift to one school for the entire population has also opened up new challenges (Thuen, 2008). Thuen (2008) also states that integration contributed to the development of segregated special education that has an individualized understanding of the pathology of special needs pupils.

International discussions on how to strengthen knowledge production that have arisen from research and practice refer to such collaborations as 'bridging the gap' (Salisbury Statement, 2011). This study is a participatory research study that contributes to bridging such a gap. Knowledge was constructed through a collaboration between researchers and service providers that articulated different knowledge forms with each other in a dialogical setting (Phillips, 2011a). In using dialogical research methods, we hope to develop knowledge that will contribute to generating more democratic foundations for changes in practice in mental health services (Aubert & Soler, 2006; Olesen, Phillips, & Johansen, 2018; Phillips, 2011a, 2011b; Phillips, Carvalho, & Doyle, 2012; Phillips & Kristiansen, 2013). We also aim to bridge a gap in the practice field of mental health services in the area of tension created by contradictory policies that emphasize both biomedical diagnoses and understandings on the one hand and recovery-oriented practice on the other hand. These two perspectives are difficult to combine as service providers (Aarre, 2018). Therefore, knowledge about how service providers navigate, develop, and practice in this seemingly contradictory field is of importance in developing quality services. The aim of this study was to explore how service providers in an outreach mental health team understand why young people are in need of care from mental health services and what the service providers consider good care. This study sought to answer two research questions to explore these issues.

- (1) How do service providers on an outreach mental health team understand why the youth they collaborate with are in need of care?
- (2) How do service providers on an outreach mental health team view the provision of quality care for youth in their practices?

Methodology

This study used a qualitative design to examine the research questions within the context of a larger action research project conducted in a circular process of input (dialogues) and practice (Malterud, 2011). Sullivan (2012) argues that dialogue is an epistemology. A fundamental premise of this study is that knowledge is created through dialogue and not something that already exists to be found by the researcher alone. The core of the research project was to develop both practical and theoretical knowledge through a research design that provides opportunities to evolve practices in the community service being researched (Borg & Kristiansen, 2004; Bradbury & Reason, 2008; Kemmis, 2006). These types of methods and designs can make it possible to study human systems from within, where the researcher is a part of the system instead of just observing it from outside (Seikkula, 2011). Together with the participants, we developed a method for

dialogue-based teaching and supervision through what we came to call Dialogical Workshops. In this study, these same Dialogical Workshops were also the site for data collection.

Research context and participants

Participants included providers of mental health services for youth (aged 13–23) as part of a mental health outreach team based in a municipality in Norway. The team was a local community-based social and health service that had clinical contact with youth and their families and provided long-term services. They had a low referral threshold for entry into their services. Service users and families were referred to the treatment team by programs and institutions (e.g. schools and clinics for child and adolescent psychiatry) or through self- or family-based referral. A large proportion of the service users had received treatment from the clinic for child and adolescent psychiatry; however, they were either not benefitting sufficiently or still needed some manner of care from the municipality, but the treatment was about to end.

As part of the team's mandate, they were supposed to support the youth in such a way that enables them to perform activities constituting school or work. In addition, the team was to provide training in social skills and take responsibility for coordinating different services from the welfare system.

In all, eight members of the outreach team participated in the dialogical workshops. The team members had a different education within the fields of social, health, and education. Two of the authors participated in the dialogical workshops in the role of researchers facilitating the workshops and taking part in the dialogues with the rest as participants (AS and BK).

Data collection in dialogical workshops

We conducted nine dialogical workshops once a month in 2017. Each workshop was recorded, for a total of 18 hours. In a dialogical production of knowledge, every participant contributes to knowledge together by dialogically discussing different experiences (Olesen et al., 2018). Through a dialogical approach, the participants contributed to developing themselves and their practices. This occurred within the context of an underlying understanding of the incomplete nature of knowledge and recognition that different participants use different types of knowledge, including research and lived experiences both as professionals and from life as a whole, to create new understandings (Frank, 2005). Heron & Reason (2006, p. 144) state: 'Outcome of good research is not just books and academic papers but also the creative action of people to address matters that are important to them.' Given differences in implementing new practice methods, we believe that knowledge should be developed in collaboration (Karlsson & Borg, 2017). Each workshop was used to dialogue, which was based on the participant's storytelling from the teams' practice. Together, we reflected on the stories and dialogue to understand them in light of every participant's experiences.

Our approach to the dialogical workshops was inspired by the work of Seikkula in developing Open Dialogue (Seikkula, 2011; Seikkula & Arnkil, 2013). Open Dialogue has a collaborative form that focuses on relationships and is organized to facilitate dialogue and cooperation (Ulland, Andersen, Larsen, & Seikkula, 2014). Of the guiding values of Open Dialogue, we develop workshops on the principles of dialogism, responsibility, and the tolerance of uncertainty (Seikkula & Arnkil, 2013). As facilitators, we assumed responsibility for making room for all voices to be heard and created an environment in which tolerance of uncertainty exists, and different voices and opinions could come together around themes that emerged in the workshops.

Ethics

The Norwegian Center for Research Data (NSD) approved the study (52,349). Written informed consent was required before participation and data were made anonymous through the

transcription process by moderating or removing details that could identify participants (e.g. use of pseudonyms).

Analysis

Data were analyzed in five phases using thematic analysis (Braun & Clarke, 2006): (1) recordings were listened to and transcribed word by word; entire transcripts were read to develop an overall interpretation of the data; (2) transcripts were uploaded into Nvivo, and 37 codes were applied to the text; (3) codes were read code-by-code to determine whether both the categorization still made sense and if some of the text belonged in more than one code; also considered was how different codes could be combined to form overarching themes; (4) all themes were checked against their codes and original text to enhance rigor; and (5) two main themes and seven subthemes were defined and named (Table 1).

Findings

Two main themes were identified in the analysis: (1) care from the outreach team; and (2) youth troubling. Each of these two themes contained several subthemes. Further, the themes are illustrated through extracts of participants' dialogues. In the extracts, team members are referred to as 'T1,' 'T2,' and so on, and the researchers are referred to as 'R.' The extracts are translated by the first author.

Theme: care from the outreach team

The main theme that was highlighted and constructed through dialog detailed the views on how to provide care for the youth. The following subthemes were used to explore experiences with care from the outreach team: the need for flexible services, care created in dialogue, comprehension about nearness and distance in professional care, broadened perceptions about valuable knowledge in care, and the backside of flexibility. When asked to describe their practices, phrases such as 'Things take time,' 'We never give up,' and 'We are the red thread' were voiced, indicating that providers were taking a lot of time to develop relationships with the youth to provide help because these youth had been part of many services in the past and lacked trust in the welfare system. They described outreach practice as going on home visits and meeting closed doors for a long period before being let in. Participants described building trust in many different ways, including driving someone to school; frequently sending text messages to show interest in youth; talking to family members and friends of youth; making phone calls to other parts of the service system on behalf of youth; shopping with youth; and helping youth write their own curriculum vitae. Taking responsibility to be 'the red thread'

Table 1. Analytical process.

Text	Codes	Subthemes	Themes
'Where we were available by phone during the holidays.'	Flexibility	The need of flexible services	Care from the outreach team
'... I would rather be moved by a youth ... than just hold on to that professionalism then.'	Professionalism	Comprehensions about nearness and distance in professional care	
'... when it comes to what the school consists of, it makes kids ill.'	School system	School as an ejecting force	Youth troubling
'Which school is best at ADHD ...'	Diagnosis	The welfare system makes diagnosis necessary	

meant that they took the lead in coordinating different services that the youth might be receiving. They also had conversations with different family members individually or with the entire family together. They described themselves as advocates for the youth or negotiators between the youth and their families, schools, and other services. Success was defined as finding aims for their collaboration and helping the youth find a way in life that suited them. These aims were youth-defined; for some, aims included finishing school, whereas for others, aims included making friends, finding employment, or having improved relationships with their parents.

Subtheme: the need for flexible services

The participants agreed that good care in their practices was provided when it was suited to the service users' needs and when it was not office-based, which was viewed as more rigid and less helpful. Care was talked about in light of what the participants understood as the mandate for the outreach team.

T1: That we are supposed to fill just that gap where rigidity and the office-based service is of no use to people.

Care was described as lasting for an undefined period and that no strict boundaries existed when services should end. In dialogues about this topic, participants described having contact over time to remain available for the youth even after the formal contact ended. This example was used to show how good care is provided rather than having a rigid practice based on age or time limitations for treatment and so forth.

T1: Because now I am thinking about the girl that left for Folk High School. Where we were available by phone during the holidays. (...) But that you keep on telling her, I am here for you. Like that, if you come back for holidays, you know. (...) Moreover, that we can be, just sit on the fence and keep on like that. Until it is clear that it is not necessary anymore. I like that.

Subtheme: care created through dialogue

Participants agreed that helping service users define their own treatment aims was essential to providing good care. Ideas about care were created through dialogue among the youth, parents, and service providers. Participants strongly believed that the youth were able to set their own goals for change and that those goals need not be based on service providers' wishes. The dialogues generated the view that the aims and methods to be used should not be predetermined by a predefined portfolio or decided on at a structural level by policies or management on how to give care. The aims should be set at an individual level in collaboration among the team members, the youth, and their network.

R: But who has set the agenda of what the collaboration should be about? (...) How do you invite someone to a collaboration? In addition, who makes the plans about what you should work on together? How did you decide on the methods you use? (...) T1: Yes, the first round is to get him on my team. In addition, to let him see that he has an influence on what we should work on. At least I don't feel the need to make the agenda by myself. I think that we have to make the agenda together, and then after a while. (...) T1: But I believe it is such a good development with the boy, without me demanding or having wishes for what he should change. Moreover, I wish for him, that it should come from him, you know. In the last conversation, he expressed that he wanted to make some changes, and I think that is the best way that it is brought up. Instead of my wishes. That he himself wishes to have routines back in his life. Wishes to be better at showering, even though he finds it difficult. Then, it is much easier for me working towards the aims he put for himself. In addition, on that point I believe I have an advantage not working within a timeframe, and a predetermined number of conversations and so on. I can use time on this.

To provide good care for youth, participants seemed to agree that they needed to have enough time to provide different types of care outside their office settings. In the dialogues, participants' comprehension of how to provide care was framed in opposition to what they experienced from

other services in the welfare system. To adjust practice to the individual's need, they discussed having autonomy as professionals as opposed to being measured and controlled by management.

T1: I find that makes it worth working here. That I have time to think, that I have time to do the things I believe right to do, you know. In addition, use enough time, being a part of school conferences, visit at home, be much more flexible and have time to do that in a way. As I believe to be very important.

Subtheme: comprehensions about nearness and distance in professional care

A central subtheme generated by the dialogues reflected different comprehensions about professional care in relation to the role of both the entire team and its individual members with respect to service users. Participants had different opinions about this topic when talking about nearness and distance in relation to service users. Participants felt that good care was given when they had close relationships with service users. However, regarding some matters, they talked about this outcome as something that was in contrast to being professional in a more traditional understanding of professionalism.

T1: Or in a private setting we are also parents who have stood up for our child. Or been sick or had to talk to someone because life has been difficult. In addition, I think that we shift roles in different parts of life. Moreover, that it is the experiences of vulnerability that moves us. (...) Because I feel that, I would rather be moved by a youth, or a mother, then just hold on to my professionalism then. I think that we are moved when we feel recognition.

Subtheme: broadened perceptions about valuable knowledge in care

Participants highlighted that their ability to provide good care was connected to a reflective relationship in using their own life experiences. They described using the time in their meetings to reflect on their own states of mind and experiences, in both professional discussions and collaborations with service users.

T1: And I feel we had an example of that yesterday, in the team meeting, when we discussed how to think further around a family. Where you bring in some personal experiences that I feel helped improve the discussion. Because you dare to share from your life. That brings in new thoughts and new perspectives. Therefore, I believe it to raise the standards of the profession using life experiences we have.

Subtheme: the backside of flexibility

Although using their own life experiences was considered to improve their professional skills, the dialogues about nearness and distance left participants with a sense of uncertainty around professional boundaries. They needed to consider both the service users' needs and their own when providing care in a flexible manner. In a way, it was understood as the backside of a flexible service.

T1: And I sometimes feel the need to set up boundaries. Maybe that is not right? Like the right boundaries? We get confronted by one's self at all times. At least I feel that. (...) It was easier at the clinic for child and adolescent psychiatry. With the office and that appointment, you know. But when you sort of have to be more out and flexible, that's more demanding.

Youth troubling

A second main theme reflected the different understandings about why the youth were troubling. This theme contained two subthemes: school as an ejecting force and the welfare system makes diagnosis necessary. We define the concept of 'troubling' as referring to youth being affected by

different types of external factors that have an impact on their coping abilities and sense of self-worth and achievements. Participants understood youth themselves as not being troubled; rather, they viewed their troubles as being embedded within different contexts (i.e. school, social situations, families). These troubles were viewed as reactions to poverty, being bullied, having difficulties learning, and so on. Participants did not view these troubles through a diagnostic lens as pathological but, rather, saw the troubles as arising from a lack of adequate social accommodation and support. Participants viewed youth as being held to unreasonable expectations and demands without being provided the means to accomplish or satisfy them.

Subtheme: school as an ejecting force

This view was especially true of the school system, which participants understood to be an ejecting force and an institution embodying a societal discourse on how to be successful and what constitutes failure. Participants described how service users were unable to find their place in school and that their schools were unwilling to accommodate their needs because of the mandate to get every pupil through in a rigid manner. They highlighted that the school system had a direct impact on why the youth were troubling. As the following extract exemplifies, the participants understood the school as an institution that contributed to youth troubling and becoming 'ill':

T1: But I think, when it comes to what the school consists of, it makes kids ill. I read an article that put focus on this, those self-evaluations. That it is harming the ones who struggle in school. That you have to do that several times a year. They are put in a situation to self-evaluate. In addition, it is necessary to evaluate yourself quite low. (...) It is a recipe for giving children bad self-esteem.

Participants talked about school as driven by an increasing focus on standardized tests of theoretical skills to which the youths were exposed. In addition, a school system required and pressured pupils to manage theoretical material and get good grades, as well as develop good social skills. They also saw a cultural change in what the school demanded of the pupils as having an impact on the diagnosis given when the youth did not live up to the school's expectations.

T1: The grades are very much in focus the tenth year and you are supposed to choose what to do next. For someone who has some kind of trouble comprehending, they will go under today. Nevertheless, they would have managed earlier, it was easier. Moreover, the social interactions are more advanced, even more arenas to fall out from than earlier. T2: Absolutely. T3: I think that's why we got so many more diagnosed with Asperger's. T1: But a development like that is frightening.

Participants seemed unified in their understanding of the school system as kind of a 'one size fits all' institution and that youth who were unable to fit in were not given the space, the support, or the accommodations they needed. Participants also talked about attempting to challenge the societal development that resulted in school becoming most important. However, they found engaging in a challenge difficult because the focus on doing well in school was strong throughout society and, thus, among the parents and youth as well. Although parents might have a sense that a school was harmful to their children, they were under pressure to make their kids attend and succeed.

T1: If it is upper secondary school that's the topic, we sometimes try to talk about that it is not the end of the world if you're not in school right now. (...) But, either way, that idea is strong. (...) T2: That you have to send your child to a place that you think makes them worse. Because they have to go to school and get an education, then it is also your responsibility as a parent to get your child to school. If not you are a bad parent. So, in a way that is the situation you're in as a parent. T1: They're almost falling apart sometimes.

Subtheme: the welfare system makes diagnosis necessary

The participants learned to understand that the welfare system was part of what makes a mental health diagnosis necessary. The explanations for youth troubling given by different parts of the welfare system were connected to individuals rather than their environment, and the explanations were given in diagnostic terms to engage different types of care both in and outside of school. Participants described a welfare system that perceived youth with different types of problems as all having mental health issues. A mental health diagnosis was necessary to gain access to adaptations or special help in school or from different parts of the welfare system. Participants talked about parents being put in a situation in which the pressure to get a diagnosis when their child was struggling came from the welfare system itself. To obtain benefits from the Norwegian Labour and Welfare Organization (in Norway called NAV) or other parts of the welfare systems that could be of help to the family, a diagnosis and being in treatment were viewed as requirements.

T1: Like in the clinic for child and adolescent psychiatry, I think they were very dependent on getting that kid into treatment. (...) Because of the severe eating disorder but also because they had to be in treatment. Because then the doctor could send messages about benefits to NAV, they could get compensation. Therefore, it was about the whole structure of getting the kid well. Much more “must” than “wish” in many ways. Then, there were many of the parents saying, that they did not want to be there, but they had to be.

Participants also talked about how they understood the dilemmas of being a parent to a child who had a hard time adjusting in school and parents’ expectations of the team to help them enable their children to do better and become capable of completing school. Moreover, they wanted a diagnosis that could explain and give them tools that would make them capable as parents in helping their children through school.

T1: -And which school is best at ADHD and handling bullying? (...) I think that many think that the child has mental difficulties. Then, they want a quick fix. (...) Then, you get like a manual or recipe to follow. (...) Yes, like in a diffuse situation where it is lots of: ‘Can’t you assess him to find out what is wrong with him, so we can find the right manual to use?’ Or a solution of the problem. Even though an assessment might not decide on a diagnosis.

Discussion

The mental health field in Norway is an area of tensions and contradictions (Aarre, 2018; Ekeland, 2011; Karlsson, 2018; Karlsson & Borg, 2017). This study raises two central themes for a discussion about tensions and adversities for youth troubling and for providers of care in mental health services.

Youth troubling in an area of professional tensions

The biomedical model is the dominant explanatory model used in different parts of the welfare system to explain why youth are in need of care. In our dialogues, we found that the service providers relied on broader comprehensions about why the youth were troubling beyond biomedically conceived mental health issues. They both described the school as not able to provide pupils with enough support if they needed it but also as an ejecting force and a societal institution that represents a way of determining what it means to be successful and to fail. In a modern state as represented by the Norwegian welfare system, citizens are objects of mandatory educational and health programs and could, thereby, be divided into larger categories as unemployed or mentally ill (Karlsson, 2018). Foucault (2000) described how modern governments rely on scientific knowledge to generate policy and, in so doing, create a mutual relationship between government and science. Knowledge is used to legitimate exercises of power (Foucault, 2000; Karlsson, 2018). By analyzing to Foucault’s work, we can see both inclusion and exclusion from societal arenas as school and labels such as mentally ill can be viewed as techniques to gain power over citizens

(Foucault, 1967, 1979, 1999). In his theory of power, discourse is a concept of how power is built and practiced. Research on what is considered normal or mentally ill behavior can create a societal discourse that again regulates the type of governance that taken over individuals and how much power they are given over their own life circumstances (Foucault, 1999). In some manner, this study shows what we understand as a type of resistance toward a discourse that values youth who are good at school as more successful than the ones who do not manage school well. Such resistance is part of a larger debate in Western countries over the concern for an increase among youth diagnosed and medicated and the school as dominated by testing, measuring, and having more of a focus on theoretical than practical skills.

The critique against the system that this study underpins can be viewed as a form of what we know from social work and mental health work as *advocating* for change (Schneider, Lester, & Ochieng, 2013) – changes in both the school system and the welfare system in general. As service providers navigating in a field of tensions, daily resistance is not part of the practice. However, when given the room and ability to reflect on the system, the service providers used the opportunity to reflect on the critical boundaries, policies, and discourses that affected their practice and to advocate for change.

Care in an area of professional tensions

This study raises the issue of the tension created by contradictory policies within the mental health field that require recovery-oriented practice within a discourse of pathologizing youth troubling. Research on recovery stresses the importance of focusing on the dynamic relationship between a person's everyday life, living conditions, and services that enables connections to the community (Biong & Borg, 2016; Borg, Karlsson, & Kim, 2009; Tew et al., 2012). Having support, being able to renew hope, engaging in meaningful activities, overcoming stigma, becoming empowered, and exercising citizenship are basic components of recovery (Davidson, O'Connell, Tondora, Lawless, & Evans, 2005). The outreach teams' practices were based on building relationships over time, regaining trust, and – in that way – also building hope for the care they provide for the youth and their families. Professional autonomy is a premise for the core of a collaboration between a service provider and a service user and a prerequisite for re-enforcing the service user's autonomy (Karlsson, 2018).

On a local level, the service providers describe having the opportunity to exercise flexibility without being controlled by management in opposition to the services in other parts of the welfare system, as in school and specialized treatment. At the same time, the overarching explanatory model of the individual youth as ill creates challenges when attempting to work recovery and use the aims of the youth and their families as guiding care.

The societal understandings of youth troubling also affect youth and their families in their understandings of themselves. The team's mandate from society is to provide care that could enable youth to finish school or engage in other activities. This mandate may not always be what the service providers or services users found to be helpful in their situation, when school itself, for example, was viewed as part of what was troublesome for the youth.

Navigating in an area of professional tensions can shed some light on service providers' struggles with understandings of professionalism when it came to relational work in mental health services. These tensions are known in social work and mental health services (Levin, 2004; Ljungberg, Denhov, & Topor, 2017). Research on recovery processes emphasizes the relationship between the service user and the service provider. Methods for therapeutic work have a weaker impact than the significance of the relationship (Denhov & Topor, 2011). As in this study, professionals describe that being personal is important but also emphasize the need for boundaries for both their sake and to provide good care (Angell & Mahoney, 2007; Ljungberg et al., 2017; Scanlon, 2006). Studies have shown that service users find it important that their relationships with helpers are not merely based on professional roles but also are at a personal level (Ljungberg et al., 2017).

During the process of becoming experts in the mental health field, our lectures, readings, supervision, and concepts of knowledge seem to push away the subjectivity of the service provider and the service user (Strauss, Lawless, & Sells, 2009). Strauss et al. (2009) state that we should look more effectively at our own subjectivity filters and attempt to grasp the experience and the ways that our training both helps and hinders our learning about experiences.

Conclusion

This article raises issues about the difficulties of youth in an essential societal arena as represented by school, and the explanatory models that are given to understand their struggles in life. Mental health services for youth are conducted in a context of tension between different explanatory models. The heading of the paper quotes lyrics from Alice Cooper's song, 'School's Out,' which delivers a severe critique of the school system (Band, 1972). Asking whether only the youth are ill and not a school that fails to include a fair number of its pupils seems fair. Moreover, if a narrow societal discourse of pathologizing contributes to further excluding, rather than including youth, a flexible service created through dialogue with youth and their families and a more holistic understanding of youth troubling can contribute to broadening the understanding for both service providers and users of better care.

Similar to Frank (2005), we believe that this article offers an account of how researchers and participants came together during shared time and space to dialogue and cocreate knowledge. Moreover, the mutual effects continue to reverberate to readers of this article who now becomes part of the dialogue for further development of mental health services for youth.

Acknowledgements

John Strauss, MD, Professor Emeritus of Psychiatry and Gerald Jordan, MA, PhD, Postdoctoral Fellow gave feedback and participated in discussions about the study. Thank you for your contributions.

Disclosure statement

No potential conflict of interest was reported by the authors.

Funding

This study has no funding.

Notes on contributors

Anna-Sabina Lindroos Soggiu is a Ph.D. student in the PhD programme in Person-Centred Healthcare at the University of South-Eastern Norway. She has a background as a social worker, and a master in Social Work. She has longstanding clinical experience from social services, substance abuse care a mental health. She completed her master degree in 2007, a quantitative study in harmreduction services for substance abuse users. Main research interests are experience based knowledge, recovery oriented and collaborative practice in social and mental health services and Open Dialogue.

Trude Gøril Klevan is an Associate Professor at the University of South-Eastern Norway. She has a background as a child welfare worker, and has a master in clinical health work (MSc). She has longstanding clinical experience from child welfare services and mental health. She completed her PhD in 2017; a qualitative study exploring service users', carers' and clinicians' experiences of helpful health in mental health crises. Main research interests are critical qualitative inquiry, experience based knowledge, recovery oriented and collaborative practices in mental health.

Larry Davidson is Ph.D. is a Professor of Psychiatry and Director of the Program for Recovery and Community Health of the School of Medicine at Yale University and a visiting Professor at the Center for Mental Health and Substance Abuse of the University of South-Eastern Norway.

Bengt Eirik Karlsson is Dr.polit and professor in Mental Health Care and leader of Center of Mental Health and Substance Abuse at the University of South-Eastern Norway. He has a background as a psychiatric nurse, has a master in Pedagogy and Family Therapy (MSc). He has longstanding clinical experience from mental health services for children, adolescences and grownups. He completed his PhD in 2004, a qualitative study exploring patients' experience based knowledge of depression and mania as base for knowledge development in psychiatric nursing. Main research interests are critical qualitative inquiry, experience based knowledge, recovery oriented and collaborative practices in mental health and Open Dialogue.

ORCID

Anna-Sabina Lindroos Soggiu  <http://orcid.org/0000-0002-7802-6775>

Larry Davidson  <http://orcid.org/0000-0003-1183-8047>

References

- Aarre, T. F. (2018). *En Medisinsk Psykiatri* [A medical psychiatry]. Oslo: Universitetsforlaget.
- Angell, B., & Mahoney, C. (2007). Reconceptualizing the case management relationship in intensive treatment: A study of staff perceptions and experiences. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(2), 172–188.
- Aubert, A., & Soler, M. (2006). Dialogism: The dialogic turn in the social sciences. In J. Kincheloe & R. Horn (Eds.), *The Praeger handbook of education and psychology* (pp. 521–529). Westport, CT.
- Bakken, A. (2018). *Ungdata 2018. Nasjonale resultater* [Youthdata 2018. National results]. Retrieved from <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2018/Ungdata-2018.-Nasjonale-resultater>
- Band, A. C. (1972). *School's Out. Album: We didn't say that!* Label: Phantom Sound/Visi.
- Barth, E., & von Simson, E. (2012). Ungdomsarbeidsledighet og konjunkturer [Youthunemployment and cyclical]. *Økonomiske Analyser*, 5, 38–45.
- Biong, S., & Borg, M. (2016). Hva handler recovery om? [What is recovery about?]. In A. Landheim, F. L. Wiig, M. Brendbekken, M. Brodahl & S. Biong (Eds.), *Et Bedre Liv* [A Better Life] (pp. 18–29). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Borg, M., Karlsson, B., & Kim, H. S. (2009). User involvement in community mental health services - principles and practices. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(3), 285–292.
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493–505.
- Bradbury, H., & Reason, P. (2008). *Handbook of action research*. London: Sage.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Croninger, R. G., & Lee, V. E. (2001). Social capital and dropping out of high school: Benefits to at-risk students of teachers' support and guidance. *Teachers College Record*, 103(4), 548–581.
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. (2005). Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480–487.
- De Ridder, K. A. A., Pape, K., Johnsen, R., Holmen, T. L., Westin, S., & Bjørngaard, J. H. (2013). Adolescent health and high school dropout: A prospective cohort study of 9000 Norwegian adolescents (The Young-HUNT). *PLoS One*, 8(9), e74954.
- Denhov, A., & Topor, A. (2011). The components of helping relationships with professionals in psychiatry: Users' perspective. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(4), 417–424.
- Ekeland, T. J. (2011). *Ny kunnskap - ny praksis. Et nytt psykisk helsevern* [New knowledge– New practice. A new mental health field]. Retrieved from: <https://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/Ny-kunnskap-ny-praksis.-Et-nytt-psykisk-helsevern.pdf>
- Foucault, M. (1967). *Madness and civilisation: A history of insanity in the age of reason*. London: Tavistock/Routledge.
- Foucault, M. (1979). *Discipline & Punish. The Birth of the Prison*. New York: Vintage Books.
- Foucault, M. (1999). *Diskursens Orden* [Order of the Discourse]. Oslo: Spartacus Forlag.
- Foucault, M. (2000). *Ethics subjectivity and truth*. New York: Penguin Books.
- Frank, A. W. (2005). What is dialogical research, and why should we do it? *Qualitative Health Research*, 15(7), 964–974.
- Heron, J., & Reason, P. (2006). The practice of co-operative inquiry: Research 'with' rather than 'on' people. In P. Reason & H. Bradbury (Eds.), *Handbook of Action Research* (pp. 144). London: Sage Publications.
- Karlsson, B. (2018). Å tenke med Foucault [To think like foucault]. In C. Øye, N. Ø. Sørensen, & K. Martinsen (Eds.), *Kappittel 8. Markedsliberalistiske Forvandlinger Ipsykisk Helsefeltet* [Chapter 8. Neo Liberal Changes in the Mental Health Field] (pp. 171–185). Oslo: Fagbokforlaget.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2017). *Recovery Tradisjoner, Fornyelser og Praksiser* [Recovery Traditions, Renewals and Practices]. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kemmis, S. (2006). Participatory action research and the public sphere. *Educational Action Research*, 14(4), 459–476.

- Lamb, S., Markussen, E., Teese, R., Sandberg, N., & Polesel, J. (2011). *School Dropout and Completion*. Dordrecht: Springer.
- Levin, I. (2004). *Hva er Sosialt Arbeid* [What is Social Work]. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ljungberg, A., Denhov, A., & Topor, A. (2017). A balancing act—How mental health professionals experience being personal in their relationships with service users. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(7), 578–583.
- Maguire, S. (2015). NEET, unemployed, inactive or unknown – Why does it matter? *Educational Research*, 57(2), 121–132.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative Metoder i Medisinsk Forskning. En Innføring* [Qualitative Methods in Medical Research. A introduction]. Oslo: Universitetsforlaget.
- Markussen, E., Frøseth, M. W., & Sandberg, N. (2011). Reaching for the unreachable: Identifying factors predicting early school leaving and non-completion in Norwegian upper secondary education. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 55(3), 225–253.
- Ministry of Education and Research (1998) Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (LOV-1998-07-17-61) [Act relating to primary, lower secondary and the upper secondary education]. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61>
- Norwegian Directorate of Health. (2014). *Sammen for mestring* [Together to achieve]. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>
- Norwegian Institute of Public Health. (2018). Folkehelse rapporten [The public health report]. Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>
- Olesen, B. R., Phillips, L. J., & Johansen, T. R. (2018). Når dialog og samskabelse er mere end plusord [Dialogue and co-creation is more than just a positive word]. In B. R. Olesen, L. J. Phillips, & T. R. Johansen (Eds.), *Dialog og Samskabelse: – Metoder Til en Refleksiv Praksis* [Dialogue and Co-Creation: - Methods to a Reflexive Practice] (pp. 11–37). Copenhagen: Akademisk Forlag.
- Ose, S. O., & Jensen, C. (2017). Youth outside the labour force — Perceived barriers by service providers and service users: A mixed method approach. *Children and Youth Services Review*, 81, 148–156.
- Pape, K., Bjørngaard, J. H., Holmen, T. L., & Krokstad, S. (2012). The welfare burden of adolescent anxiety and depression: A prospective study of 7500 young Norwegians and their families: The HUNT study. *BMJ Open*, 2(6), e001942.
- Phillips, L., & Kristiansen, M. (2013). Characteristics and challenges of collaborative research. In L. Phillips, M. Kristiansen, M. Vehvilainen, & E. Gunnarsson (Eds.), *Knowledge and Power in Collaborative Research – A Reflexive Approach* (pp. 257–282). London: Routledge.
- Phillips, L., Carvalho, A., & Doyle, J. (2012). *Citizen Voices: Performing public participation in science and environment communication*. Bristol: Intellect.
- Phillips, L. J. (2011a). *The promise of dialogue: The dialogic turn in the production and communication of knowledge*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Phillips, L. J. (2011b). Analysing the dialogic turn in the communication of research-based knowledge: An exploration of the tensions in collaborative research. *Public Understanding of Science*, 20(1), 80–100.
- Salisbury Statement. (2011). Salisbury statement on practice research. *Social Work & Society*, 9, 4–9.
- Scanlon, A. (2006). Psychiatric nurses perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: A grounded theory study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(3), 319–329.
- Schneider, R., Lester, L., & Ochieng, J. (2013). Advocacy. *Encyclopedia of Social Work*, 2. doi:10.1093/acrefore/9780199975839.013.10
- Seikkula, J. (2011). Becoming dialogical: Psychotherapy or a way of life? *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32(3), 179–193.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2013). *Åpen dialog i relasjonell praksis. Respekt for annerledeshet i øyeblikket* [Open dialogues in relational practices. Respect for differences in the moment]. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Strauss, J., Lawless, M. S., & Sells, D. (2009). Becoming expert and understanding mental illness. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 72(3), 211–221.
- Sullivan, P. (2012). *Qualitative data analysis-using a dialogical approach*. London: SAGE.
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J., & Le Bouthillier, C. (2012). Social factors and recovery from mental health difficulties: A review of the evidence. *British Journal of Social Work*, 42(3), 443–460.
- Thuen, H. (2008). *Om Barnet. Oppdragelse, opplæring og omsorg gjennom historien* [About the Child. Upbringing, education and care through history]. Otta: Abstrakt Forlag.
- Ulland, D., Andersen, A. J. W., Larsen, I. B., & Seikkula, J. (2014). Generating dialogical practices in mental health: Experiences from Southern Norway, 1998–2008. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(3), 410–419.
- Winding, T. N., & Andersen, J. H. (2015). Socioeconomic differences in school dropout among young adults: The role of social relations. *BMC Public Health*, 15(1), 1054.

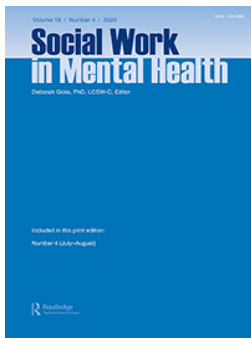
Soggiu: «Venner er kanskje litt overdrevent?»

Artikkel 2

Soggiu, A-S.L., Klevan, T., Davidson, L. & Karlsson, B. (2020). A sort of friend: narratives from young people and parents about collaboration with a mental health outreach team. *Social Work in Mental Health*, 18(4), 383-397.

<https://doi.org/10.1080/15332985.2020.1761932>

Soggiu: «Venner er kanskje litt overdrevent?»



A sort of friend: narratives from young people and parents about collaboration with a mental health outreach team

Anna-Sabina Lindroos Soggiu, Trude Klevan, Larry Davidson & Bengt Karlsson

To cite this article: Anna-Sabina Lindroos Soggiu, Trude Klevan, Larry Davidson & Bengt Karlsson (2020) A sort of friend: narratives from young people and parents about collaboration with a mental health outreach team, *Social Work in Mental Health*, 18:4, 383-397, DOI: [10.1080/15332985.2020.1761932](https://doi.org/10.1080/15332985.2020.1761932)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/15332985.2020.1761932>



© 2020 The Author(s). Published with license by Taylor & Francis Group, LLC.



Published online: 04 May 2020.



[Submit your article to this journal](#)



Article views: 915



[View related articles](#)





[View Crossmark data](#)



Citing articles: 2 [View citing articles](#)

A sort of friend: narratives from young people and parents about collaboration with a mental health outreach team

Anna-Sabina Lindroos Soggiu, MSc , Trude Klevan, PhD, Larry Davidson, PhD , and Bengt Karlsson, PhD

Center for Mental Health and Substance Abuse, University of South-Eastern Norway, Drammen, Norway

ABSTRACT

Mental health issues among young people have received increasing attention in Norway as more are diagnosed with and report mental health problems. In this study, we focus on the personal and social recovery processes of young people with mental health difficulties. The aim of the study was to explore how young people and parents experience collaboration with a community-based mental health outreach team around recovery processes, using a narrative analysis. Three topics from the findings are discussed: relationships and collaborations built on the service user's goals, closeness and distance in professional helping relationships, and comprehension of professionalism.



KEYWORDS

Narratives; recovery processes; youth; collaboration; phenomenological psychology; mental health

Introduction

Mental health issues among young people have received increasing attention in Norway as more are diagnosed with and report mental health problems (Bakken, 2018; Norwegian Institute of Public Health, 2014). About 15 to 20 percent of children and youth between three and 18 years old have impaired function because of mental health issues such as anxiety, depression and behavioral disorders (Norwegian Institute of Public Health, 2014). Population studies among children and youth have shown that 7 percent have serious symptoms and satisfy the criteria for mental health disorders (Heiervang et al., 2007; Wichstrøm et al., 2012). In 2016, 5 percent of the population under the age of 18 received treatment in mental health services (Krogh, Indergård, Solbakken, & Urfjell, 2017). The prevalence of mental health disorders in general is on the same level in the Norwegian population compared to other western countries.

Over the last decade, focus has been growing on developing different models and practices for collaboration and on strengthening service user involvement for people with mental health difficulties. Recovery as a concept and area of knowledge has expanded in Norway, and considerable reforms

CONTACT Anna-Sabina Lindroos Soggiu  Anna-sabina.soggiu@usn.no  Center for Mental Health and Substance Abuse, University of South-Eastern Norway, Grønland 58, Drammen 3045, Norway

© 2020 The Author(s). Published with license by Taylor & Francis Group, LLC.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited, and is not altered, transformed, or built upon in any way.

have occurred in the mental health field since the 1980s (Ekeland, 2011). Emphasis has been placed on recovery-oriented practices in policies for mental health services, for which the aim is to strengthen service users' participation, reduce institutionalization, and offer community-based services where people live, both in their homes and in their communities (Borg, Karlsson, & Kim, 2009; Norwegian Directorate of Health, 2014). Recovery can be seen as an experience-based field of knowledge, a philosophy, a paradigm, a movement, a vision, and a mode (Karlsson & Borg, 2017). When research on recovery in American user environments became more prevalent in the 1980s and 1990s, recovery was primarily seen as a personal process (Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013). However, if we understand recovery as both a social and personal process, focus is put on the dynamic relationship between people and their everyday lives, for which living conditions, humane services, and community are essential (Biong & Borg, 2016; Borg et al., 2009; Tew et al., 2012). This conception of recovery differs from the clinical view of recovery as the impartial aim and effect of treatment (Slade, 2009). If we see recovery as merely a personal process, we risk overlooking the part of the recovery process that corresponds to the individuals' living conditions that interact with personal network and service providers (Topor, Borg, Di Girolamo, & Davidson, 2011). We then risk individualizing societal issues, which limits people and causes them difficulties, and also makes them responsible for their own recovery processes without providing them access to the services they need (Karlsson & Borg, 2017).

In this study, we focus on the personal and social recovery processes of young people with mental health difficulties rather than symptom reduction resulting from medical treatment, which is the more common biomedical understanding of recovery. The subjective experiences of young service users with mental health issues and their parents are in focus. Particularly, we emphasize the collaboration between service users and providers as an essential part of the recovery process for individuals and their networks. We understand "collaboration" as something that occurs through relationships and dialogue: "As relational beings who mutually influence each other, our 'selves' cannot be separated from the relationship systems we are a part of" (Anderson, 2012, p. 14). Through dialogue, we include the other person's intentions and meanings into our own, and in that manner, our responses are influenced by the relationship with the other person and the context (Bakhtin, 1981; Anderson, 2012). A collaboration requires room for each person to be equally present, which can lead to a sense of belonging, co-ownership, and sharing responsibility (Anderson, 2012).

Research on personal and social recovery processes and the stories people tell about their recovery experiences shows that connection to people and communities, hope and faith in the future, and rebuilding of a positive

identity and purpose are important (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, & Slade, 2011; Sælør, Ness, Holgersen, & Davidson, 2014). Recovery is described as a process that is provided through supportive and caring relationships and environments. In this understanding of recovery, focus is put on the subjective experiences of recovering and not on becoming free of symptoms or all problems (Leamy et al., 2011). Central in these processes are also relationships and how collaboration is accomplished between service users and providers. These relationships should, in this perspective, emphasize the subjective goals of the recovery process, the person's empowerment, and their regaining of control over their own life conditions.

However, many recovery studies have been conducted on an older population, so there is a need for studies that focus on youth experiences in recovery processes (Kelly & Coughlan, 2019; Oswald, 2006). A person's network is an important element in the recovery process, but for young people, family might be even more crucial as parents or guardians might significantly impact decision-making in recovery processes. Existing studies on recovery among young people suggest that this process might be unique because it is nonlinear and calls for individualized approaches (Kelly & Coughlan, 2019). Further, a better understanding of service users' collaboration experiences during recovery processes can contribute to knowledge about how service providers can create more helpful relationships with such users.

To develop such practices in mental health services, more knowledge is needed about how young people and parents experience getting help during the recovery process (Kelly & Coughlan, 2019; Leamy et al., 2011). Thus, the aim of the current study was to explore how young people and parents experience collaboration with a community-based mental health outreach team that was supporting the young people's recovery processes, using a narrative analysis. Focus was on what they considered helpful and of importance in the helping relationships with professional service providers. To explore these issues, we asked the following research question: "What kind of narratives did young people and parents create about their collaboration experiences with a mental health outreach team that was helping with their recovery processes?"

Methodology

The study was conducted in a collaborative research tradition and centered on services for young people with mental health issues and collaborative knowledge development between researchers, service providers, and service users (Veseth, Binder, Borg, & Davidson, 2017). The design and methods used were based on the belief that knowledge is co-constructed through

collaboration between people who have experienced difficulties related to mental health and researchers.

This study had an exploratory and descriptive design. The philosophy used was inspired by phenomenology: we aimed to describe phenomena through participants' descriptions. We based our approach on qualitative research principles of phenomenological psychology and created narratives from interviews with young people and parents about their collaboration with a community-based mental health outreach team (Desai, Pavlo, Davidson, Harpaz-Rotem, & Roenheck, 2016; Malterud, 2012; Sells, Topor, & Davidson, 2004). A narrative, or story, is a connection between the past, present, and future. The story and the lived experience are not the same, but the story may help us understand different experiences. Our methodological tool is consistent with what Sells et al. (2004) have described as "empathic bridges," using first-person storytelling to better understand the collaboration processes and experiences with the outreach team around recovery processes. The narrative structure of storytelling can provide an opportunity to build an empathic bridge between the researchers performing the analysis, the reader, and the experiences of the informant (Davidson, 2003; Sells et al., 2004).

Research context

The study was conducted in a municipality in Norway with a mental health outreach team that had clinical contact with young people between 13 and 23 years old and their families. In Norway, treatment based on diagnosis for mental health disorders are specialist health services and part of the hospitals and health services. The outreach team was not considered as treatment in this sense, but as mental health services based in community work. The service users could have a diagnosed mental health disorder, but this was not a criterion for receiving help from the team. The team provided low-threshold services in a flexible manner regarding frequency of contact and duration of the services. Service users could be referred by other parts of the welfare system, or through self- or family-based referral. What kind of services the team provided was decided in a collaboration between service user and service provider (Soggiu, Klevan, Davidson, & Karlsson, 2019). The team was a local, community-based social and health service that supported young people to enable school- or work-related activities, provide training in social skills, and coordinate different welfare-system services.

Participants

Participants (i.e., service users of the outreach team) were recruited through the help of service providers on the outreach team. They were informed about the study, and if they decided to participate, gave informed consent.

Participants under the age of 16 were required to have permission from a guardian or parent who also signed the form together with them. Data from nine participants was used in this study. These were five young service users and four parents. Among the young participants, there were four girls and one boy. All of the parents were biological parents, three mothers and one father. One parent and one young person were from the same family, while the rest had no connection.

Research ethics

The Norwegian Center for Research Data approved the study (#52349). Written informed consent was required before participation, and data were made anonymous through the transcription process by moderating or removing details that could have been used to identify the participants.

Competence group

As we used collaborative research methods in the study, we established a competence group of co-researchers consisting of two young service users, two parents, two service providers, and the first author. In collaborative research in mental health including people with lived experience is considered an important part of the research method when developing knowledge for the mental health field (Veseth et al., 2017). The members of the competence group were considered as co-researchers in the study and contributed in different parts of the research process. The whole group contributed in different ways to the current study: they provided input on themes for the interview guide, one group member participated in the analysis process, and the whole group took part in discussions about the findings, using their own experience-based knowledge, to help the researchers understand the narratives created. In this manner, the competence group also contributed to the Discussion section in this paper.

Interviews

The interviews were conducted by the first author. As the study was grounded in phenomenological psychology, the interviewer asked open-ended questions that invited free storytelling around certain topics from the participants. To explore experiences of collaboration around recovery processes the interviews included topics like collaboration with the outreach team, user involvement, management of disagreements, the planning process for collaborations, their feelings about their influence and trust during the collaboration, and if they felt the collaboration facilitated or hindered their recovery process and in what way. These topics was chosen because they

revolve around important content of collaboration with respect to personal recovery processes. Recovery as a concept was not defined by the interviewer, as we wanted the participants' subjective meaning on how to collaborate around help to their own processes of recovering. Together we explored experiences with help and collaboration with the team, and what the participants found helpful. The opening question in the first interview with the participants was: "How did you come into contact with the outreach team? Tell me about what happened." The participants responded freely, and the interviewer checked the list of previously decided-upon topics and asked questions about them if the participants had not already addressed them during their storytelling. At the end of the interview, the participants were asked how they felt about the dialogue with the interviewer and if there was anything else they wished to add.

Some of the participants were interviewed more than once. As part of the participatory research approach, the participants took part in knowledge development throughout the whole project, and the researchers had dialogue with the outreach team about their practices. As part of a circular process, the different study participants (the competence group, outreach team, and interviewees) were given feedback about preliminary findings from interviews to comment on, converse about, and reflect on in terms of other participants' remarks. We did not use a new interview guide in the second or third interviews. The interviewer shared preliminary findings from the previous interviews. The participants were invited to talk about what they identified with or what was not recognizable. We did not introduce new topics as the preliminary findings evolved around the themes that were talked about in the first interviews. Interviews were conducted three times over one year in 2018; in the second and third interviews, the participants were asked to reflect on preliminary findings the interviewer presented to them. The first round of interviews took about one hour each. The second and third interviews were shorter, from 20 to 30 minutes. Three parents were interviewed once and one parent twice. Three young people were interviewed three times and two young people twice. Data from all interviews are included in the study. The interviews were conducted in Norwegian and audio recordings from all interviews were transcribed word-for-word.

Analysis

The first author and one co-researcher from the competence group participated in all stages of the analysis process. The co-researcher was a parent of a child who had received help from the outreach team. Using the qualitative research principles of phenomenological psychology and Malterud's (2012) systematic text condensation, we analyzed the data and transformed findings into narratives (Desai et al., 2016; Malterud, 2012; Sells et al., 2004).

Psychological phenomenological analysis is the foundation for systematic text condensation. The analytic procedure consisted of creating a one-page narrative from each of the participant interview(s) that reflected the essential meaning they had expressed about their experiences. If the participant had been interviewed more than once, all interviews were consolidated and analyzed as one and only one narrative was created for each participant. We read the transcripts line-by-line looking for meaning units. According to Malterud (2012), “a meaning unit is a text fragment containing some information about the research question” (p. 797). We then constructed the narratives (one for each participant) using their own language by taking quotes from the interviews. In this way, we framed the narratives in autobiographical terms by summarizing the participants’ stories in the first person (Sells et al., 2004). The next step was to create one narrative for each group of participants: young people and parents.

The aim of the analysis process was to identify meaning units in all the interviews that represented a story about collaboration with the outreach team around recovery processes. The two analysts (first author and the co-researcher) had no experience of using the method prior to the process. The first author had used Malterud’s (2012) text condensation in earlier research and had also received guidance from a coauthor (L.D.), who had previously developed the method for creating narratives based on the research principles of phenomenological psychology. The two analysts sat together as they analyzed all the material. Between the different phases of the analysis process, they compared and discussed findings. First, they separately identified meaning units; they then compared their findings before creating one-page narratives separately. The first author then proposed how the two one-page narratives (one from each analyst) of one participant’s story could be combined and presented it to the other analyst. They then agreed on a one-page narrative for each participant. The process of creating one narrative was conducted in the same matter for each group (youth and parents).

All data were kept in Norwegian throughout the analysis. The narratives were translated into English after they had been completed.

Findings

Narratives of experiences of collaboration around recovery processes

In this section, we present two narratives created during the analysis phase to represent our findings. These narratives were constructed as first-person stories with a fundament based on the meaning units in the one-page narratives. The two narratives are amalgamations of all the meaning units from the participants’ individual narratives. In the narratives, we included ideas as expressed by the participants during the interviews: for example, the

phrases “trust,” “friend,” and “good chemistry.” The purpose of creating the narratives in this way was to remain faithful to the manner in which the stories were told by the participants. The narratives were written in a positive matter of what the participants needed to happen in the services. A meaning unit could have contradictory stories about what happened when they had collaborated around help, but end up as the same meaning unit. As an example “trust” as a phenomenon could have been talked about as both something they had experienced or as something they lacked. The narrative structure of storytelling can help us build empathic bridges between the experiences of the participants and between our own experiences as researchers and practitioners (Sells et al., 2004).

Narrative 1

The stories young people told about collaboration with the outreach team

To be able to receive help, I need to trust those who are helping me. To trust someone, I need time because I have met people before who have disappointed me. I need someone who doesn't give up even though I dismiss them sometimes because I am scared, or I can't make it to an appointment because I don't feel well that day. I need someone who can convince me they are there to help and that they like me. I need them to take initiative when I am not capable of it. I need someone who will be a sort of friend, or not a friend maybe, but someone who is not just professional and strict but who can share something personal about herself as well.

To tell my story, I need to know something about the person I am telling it to. Sometimes I don't want to tell my friends or family something because they will get worried, but I need someone to tell it to. I need someone who likes me, cares about me, and doesn't just want to talk about all the bad stuff. Maybe take me for a ride, pick me up at home, because sometimes I don't want to go outside. Help me get in touch with other helpers when I am scared or worried or just sick and tired of them. Like my teacher at school and people from social services. Or just help me write a CV, go for a walk instead of just sitting inside the office. When I need help changes. Sometimes I need to meet more than once a week, other times I don't need to meet at all. To trust someone, we just need to click, you know? Have good chemistry.

Narrative 2

The stories parents told about collaboration with the outreach team

I need to trust my child's helpers. I need to know that my child is in safe hands. When I feel the service providers want the best for her, I feel safe that she will get the help she needs and that the help is beneficial. I can trust she is receiving good help when I get the impression that the relationship between

my child and the service providers is good, either because my child tells me that she likes them or if she has contact with them voluntarily without me having to pressure her. So, when I know that they have a good relationship, I don't feel the need to know everything about what they talk about or do together. I want to be involved, get information and updates, but I don't feel the need to know everything. As long as I trust them, I think it is good that my child has someone other than us in the family to talk to about stuff she doesn't feel comfortable talking to us about.

In addition, the service providers are competent with things I don't know how to handle. I think good help should be flexible and able to adapt to my child's shifting needs. When my child doesn't want to leave the house and I'm not able to do anything about it, I really need someone to come to my home and help me. We have been receiving help from so many different places, and it's hard to collaborate and get in touch with everybody. I need someone to handle that collaboration. When I am certain the service providers really like my child, I believe in the support she gets, and I trust that it will help her.

Discussion

This study explored the narratives young people and parents created in dialogs about their collaboration experiences with a mental health outreach team that was supporting the young people's recovery processes. In this section, we will discuss what the participants considered to be helpful and important in the helping relationships with the professional service providers. The discussion takes a reflective approach in which we explore and assess the professional helping relationship. The narratives show what the participants needed and how the services should be adjusted to facilitate for recovery processes. How a collaboration was practiced was significant to get help in their recovering. Three topics are discussed: relationships and collaboration built on the service user's goals, closeness and distance in professional helping relationships, and the comprehension of professionalism.

Relationships and collaboration built on the service user's goals

There are many similarities between the narratives of the parents and the young people despite the differences in their collaborator roles. Flexibility regarding service, the team ensuring collaboration with other units of the welfare system, and the relationship between collaborators were mentioned as important to the recovery process by both parents and young people. Research on recovery has determined that the dynamic between everyday life and personalized help based on a person's needs, life goals, dreams, and hopes is important (Biong & Borg, 2016; Biong & Soggiu, 2015; Borg et al., 2009; Tew et al., 2012). Getting help to

improve service users' quality of life is connected to the relationships and collaboration with service providers regarding areas and goals that service users find important (Biong & Soggiu, 2015). Biong and Soggiu (2015) studied service users' experiences of psycho-social follow-up from a mental health and substance abuse team and observed a phenomenon they named "grasping it by the hands and doing something about it," which refers to a way of offering help based on service users' day-to-day needs. The narratives from the current study show a similar need for flexible service, in which the help that is offered is broad in scale, from the practical to the psychological and more traditional, conversational-style therapy. This was also the mandate for the outreach team in practice. As we understand recovery as both a social and personal process, service users should be in control of the kind of help they need and receive, and, in that sense, a broad definition of therapy or help is necessary. The narratives create a more in-depth understanding of help in the recovery process and indicate that an extensive portfolio of helping tools is required from practitioners in recovery-oriented mental health services, with an essential focus on building relationships in any collaborations that occur.

Closeness and distance in professional helping relationships

Trust was given meaning in the narratives as a belief related to the quality of the relationship in the collaboration. While young people sought trust in terms of a personal relationship that included knowledge about the person they were interacting with, similar to a relationship with a friend, parents connected trust to a relationship that allowed them to feel that their child was taken care of by a competent service provider. In both narratives, the concept of "being liked" and a relationship built on mutual recognition was emphasized. When the competence group reflected on the narratives, one member drew a comparison to his own work in sales: that in sales, trust is the most important component for success, and close personal relationship is crucial to get your job done. This is considered to be the professional role of a sales person. He reflected about why the same thing was considered unprofessional when trying to help someone in the mental health field. Keeping a distance might be seen as a professional skill, and closeness as the opposite. He wondered if it had to do with someone being an expert that possesses knowledge, that the one in need of help is considered not to hold, when practicing as a professional in the mental health field. The significance of the relationship is considered to have a larger impact than the therapeutic methods in recovery processes (Denhov & Topor, 2012). As given meaning in the narratives, other studies have shown that service users want relationships that are not merely professional in a narrow sense, but also have a personal dimension (Ljungberg, Denhov, & Topor, 2017). In a traditional biomedical model of professional help, the service provider holds knowledge about what helps, and the service user is considered to need

that knowledge to get better. The professional role is mostly characterized by knowledge, distance and neutrality (Parsons, 1951/2012). According to theories about therapeutic alliances, the relationship should be built on mutually depending factors in terms of agreement about goals and tasks. A bond built on mutual trust, accept and confidence is crucial to the alliance (Bordin, 1979). If recovery is understood as merely clinical, a personal relationship in the collaboration can be seen as of less importance or in some cases as interfering with the professional help that is provided. The narratives as well as other studies on service users' experiences and opinions of quality in help in recovery processes, requests services built on equality in collaboration. A social and personal recovery-oriented practice emphasizes an equal relationship when it comes to the understanding of knowledge, where lived experience is considered as an important competence in the mental health services. The relationship between the service user and provider in itself is emphasized in these recovery processes (Denhov & Topor, 2012). Practicing as service providers in the mental health field require practitioners to navigate in an area of tensions created by contradictory policies that require recovery-oriented practice within a discourse of pathologizing mental health issues (Ekeland, 2011; Soggiu et al., 2019). If we are to listen to what services users have told us in this study as well as in other studies, we have to develop a practice where relationships are based on equality, and also have a personal component to contribute in recovery processes.

In the narrative of the young people the phrases "friend" and "good chemistry" are used, as they were used by participants during the dialogs when trying to describe a good helping relationship. Similar phrases (personal chemistry) also appear in other recovery studies as ways of describing the content of a helping relationship with service providers (Borg & Kristiansen, 2004; Denhov & Topor, 2012; Ness, 2016; Topor, Bøe, & Larsen, 2018). Skatvedt (2013) explored small talk as a therapeutic method. She found that what happened between the therapist and the services users outside the therapeutic room in everyday settings, had a significant impact on service users' experiences of helpful help. As an example she phrases it "the smoking break as an expression of love" between service user and provider (Skatvedt, 2013). Even though research shows that service users find personal relationships with their helpers to be of crucial importance for their recovery processes, we know that there is a common tension between closeness and distance in the line of what is considered professional helping relationships (Denhov & Topor, 2012; Levin, 2004; Ljungberg et al., 2017).

Comprehensions of professionalism

In a different study of the outreach team by the first author, a finding was that the outreach team struggled with the notion of professionalism when

dialoguing about closeness and distance in relationships between themselves and the service users (Soggiu et al., 2019). What is considered professional does not involve using one's own life experiences and creating a more personal relationship with the service users. The concept of acting as a professional expert is taken from discourse from a biomedical model of both the definition of mental health issues and how help should be provided. The narratives of both the young people and the parents identify personal relationships in collaborations as important in recovery processes. This leads to a paradox: research on service provider perspectives of helping relationships that discuss building more personal relationships with service users are considered to advocate a technique that leads practitioners to act unprofessionally; then, because research on this topic is discouraged, practitioners lack language to articulate this side of their practice. We then run the risk of developing practices that are not discussed as part of the service, as they are something forbidden, as well as not developing skills for creating more personal relationships. We wonder if a broader perception of professional relationships in mental health services could help in the developing of better services. Constructing more recovery-oriented services in which the social as well as the personal levels of the service users are taken in to consideration might challenge how we perceive professionalism and how we arrange services. It also challenges our training, as becoming experts through formal education in the mental health field rejects the subjectivity of the people collaborating in helping relationships (Strauss, Lawless, & Sells, 2009). From the present study's narratives, it is evident that equality between service users and providers impacts the recovery processes. It is concerning that the professional approach in some matters involves relationships characterized by creating a distance between collaborators, as the service users in this study and other studies have shown that the opposite would be more helpful (Borg & Kristiansen, 2004; Denhov & Topor, 2012).

Conclusion

This paper raises issues about the relationships between service users and service providers collaborating to support users' recovery processes related to mental health issues. In this study, we have explored young service users' and parents' experiences with collaboration centering on recovery processes. As the title of the paper notes, when talking about their collaboration experiences, young people want close, personal relationships; in other words, friends. Thus, it is a challenge that, in the mental health services field, what is considered professional excludes these aspects of the relationship; in fact, to some extent, a personal relationship is considered quite the opposite, as unprofessional. Research about the therapeutic alliances support the importance of the relationship and collaboration on

recovery processes (Bordin, 1979). This study contributes to a research tradition on recovery processes, that has shown the importance of personal relationships and in that sense we believe that the narratives' description of helpful collaboration calls for an even broader understanding of helpful relationships and professionalism in the mental health field. If more can be learned about service users by using a more friendly approach in professional recovery-oriented services, better help may be able to be provided.

Limitations

This study were based on a small number of interviews with service users, which were recruited by their service providers. It was conducted in Norway, which has wide-ranging welfare services, and in a very flexible community based mental health service for youth. The implications of the study should be seen in light of this.

Acknowledgments

Anthony Pavlo, PhD, Associate Research Scientist at Yale University gave input on how to use Psychological phenomenological analysis. Thank you for your contribution

Disclosure statement

No potential conflict of interest was reported by the authors.

ORCID

Anna-Sabina Lindroos Soggiu  <http://orcid.org/0000-0002-7802-6775>

Larry Davidson  <http://orcid.org/0000-0003-1183-8047>

References

- Anderson, H. (2012). Collaborative relationships and dialogic conversations: Ideas for a relationally responsive practice. *Family Process*, 51(1), 8–24. doi:10.1111/j.1545-5300.2012.01385.x
- Bakhtin, M. (1981). *The dialogic imagination: Four essays*. (M. Holquist Ed., C. Emerson, Trans). Austin: University of Texas Press.
- Bakken, A. (2018). *Ungdata 2018. Nasjonale resultater* [Youthdata 2018. National results] (8/18). Retrieved from <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2018/Ungdata-2018.-Nasjonale-resultater>
- Biong, S., & Borg, M. (2016). Hva handler recovery om? [What is recovery about?]. In A. Landheim, F. L. Wiig, M. Brendbekken, M. Bordahl, & S. Biong (Eds.), *Et bedre liv, Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske*

- helseproblemer* [A better life, stories, experiences and research on recovery from addiction and mental health problems] (pp. 18–27). Oslo, Norway: Gyldendal Norsk Forlag.
- Biong, S., & Soggiu, A.-S. (2015). «Her tar de tingene i henda og gjør noe med det». Om recovery-orienteringen i en kommunal ROP-tjeneste [“Here they grasp it by the hands and do something about it.” About recovery orientation in a community based COD-service]. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(1), 51–60.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252–260. doi:10.1037/h0085885
- Borg, M., Karlsson, B., & Kim, H. S. (2009). User involvement in community mental health services - Principles and practices. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(3), 285–292. doi:10.1111/j.1365-2850.2008.01370.x
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser, En systematisk kunnskapssammenstilling* [Recovery oriented practices, A systematic knowledge comparison]. Retrieved from <https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493–505. doi:10.1080/09638230400006809
- Davidson, L. (2003). *Living outside mental illness. Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York: University Press.
- Denhov, A., & Topor, A. (2012). The components of helping relationships with professionals in psychiatry: Users’ perspective. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(4), 417–424. doi:10.1177/0020764011406811
- Desai, M. U., Pavlo, A. J., Davidson, L., Harpaz-Rotem, I., & Roenheck, R. (2016). “I want to come home”: Vietnam-Era veterans’ presenting for mental health care, roughly 40 years after Vietnam. *Psychiatric Quarterly*, 87(2), 229–239. doi:10.1007/s11126-015-9382-2
- Ekeland, T. J. (2011). *Ny Kunnskap - ny praksis: Et nytt psykisk helsevern* [New knowledge - new practices: A new mental health care]. Retrieved from <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2444757>
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M.-B., & Lie, S. A. (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8-to 10-year-olds: An epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Issues in Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 438–447. doi:10.1097/chi.0b013e31803062bf
- Karlsson, B., & Borg, M. (2017). *Recovery Tradisjoner, fornyelser og praksiser* [Recovery: Traditions, renewals and practices]. Oslo, Norway: Gyldendal Akademiske.
- Kelly, M., & Coughlan, B. (2019). A theory of youth mental health recovery from a parental perspective. *Child and Adolescent Mental Health*, 24(2), 161–169. doi:10.1111/camh.12300
- Krogh, F., Indergård, P. J., Solbakken, T., & Urfjell, B. (2017). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2016. Helsedirektoratet* [Activity data from mental health services for children and youth 2016. Norwegian directorate of health]. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1298/IS-2611-Aktivitetsdata-PHBU-2016.pdf>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. doi:10.1192/bjp.bp.110.083733
- Levin, I. (2004). *Hva er sosialt arbeid* [What is social work]. Oslo, Norway: Universitetsforlaget.

- Ljungberg, A., Denhov, A., & Topor, A. (2017). A balancing act—How mental health professionals experience being personal in their relationships with service users. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(7), 578–583. doi:10.1080/01612840.2017.1301603
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795–805. doi:10.1177/1403494812465030
- Ness, O. (2016). De små ting: Om relasjonell etikk og samarbeid i psykisk helse- og rusarbeid [The little things: About relational ethics and collaboration in mental health and substance use work]. In B. Karlsson (Ed.), *Det går for sakte ... i arbeidet med psykisk helse og rus* [It's going slow ... working with mental health and addiction] (pp. 58–71). Oslo, Norway: Gyldendal Akademisk forlag.
- Norwegian Directorate of Health. (2014). *Sammen for mestring - lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Nasjonal veileder* [Together to master - Community-based mental health work and substance use work]. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Norwegian Institute of Public Health. (2014). *Folkhelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge*. [Report of Public Health 2014: The Health Condition in Norway]. The Norwegian Institute of Public Health.
- Norwegian Institute of Public Health. (2018). *Folkehelse rapporten- Helsetilstanden i Norge* [The public health report]. Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>
- Oswald, D. P. (2006). Recovery and child mental health services. *Journal of Child and Family Studies*, 15(5), 525–527. doi:10.1007/s10826-006-9062-9
- Parsons, T. (1951/2012). *The social system*. New Orleans, USA: Quid Pro Books.
- Sælør, K. T., Ness, O., Holgersen, H., & Davidson, L. (2014). Hope and recovery: A scoping review. *Advances in Dual Diagnosis*, 7(2), 63–72. doi:10.1108/ADD-10-2013-0024
- Sells, D., Topor, A., & Davidson, L. (2004). Generating coherence out of chaos: Examples of the utility of empathic bridges in phenomenological research. *Journal of Phenomenological Psychology*, 35(2), 253–271. doi:10.1163/1569162042652164
- Skatvedt, A. (2013). Småprat som terapeutisk verktøy [Small talk as a therapeutic tool]. In R. Norvoll (Ed.), *Samfunn og psykisk helse* [Society and mental health] (pp. 98–115). Oslo, Norway: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Soggiu, A.-S. L., Klevan, T. G., Davidson, L., & Karlsson, B. E. (2019). School's out with fever: Service provider perspectives of youth with mental health struggles. *International Journal of Adolescence and Youth*, 24(3), 1–12. doi:10.1080/02673843.2019.1646663
- Strauss, J., Lawless, M. S., & Sells, D. (2009). Becoming expert and understanding mental illness. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 72(3), 211–221. doi:10.1521/psyc.2009.72.3.211
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J., & Le Boutillier, C. (2012). Social factors and recovery from mental health difficulties: A review of the evidence. *The British Journal of Social Work*, 42(3), 443–460. doi:10.1093/bjsw/bcr076
- Topor, A., Bøe, T. D., & Larsen, I. B. (2018). Small things, micro-affirmations and helpful professionals everyday recovery-orientated practices according to persons with mental health problems. *Community Mental Health Journal*, 54(8), 1212–1220. doi:10.1007/s10597-018-0245-9
- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S., & Davidson, L. (2011). Not just an individual journey: Social aspects of recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(1), 90–99. doi:10.1177/0020764009345062
- Veseth, M., Binder, P.-E., Borg, M., & Davidson, L. (2017). Collaborating to stay open and aware: Service user involvement in mental health research as an aid in reflexivity. *Nordic Psychology*, 69(4), 256–263. doi:10.1080/19012276.2017.1282324
- Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E., & Sveen, T. H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Issues in J Child Psychol Psyc*, 53, 695–705.

Soggiu: «Venner er kanskje litt overdrevent?»

Artikkel 3

Soggiu, A-S., Karlsson, B., Klevan, T.G. & Ness, O. (2021). Inner and Outer Voices in Research: How Dialogical Approaches Can Enhance Knowledge Development in Mental Health Care. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 42(2), 225-240. <https://doi.org/10.1002/anzf.1450>

Soggiu: «Venner er kanskje litt overdrevent?»



Inner and Outer Voices in Research: How Dialogical Approaches Can Enhance Knowledge Development in Mental Healthcare

Anna-Sabina Soggiu¹, Bengt Eirik Karlsson¹, Trude Gøril Klevan¹ and Ottar Ness²

¹ Centre for Mental Health and Substance Abuse, Faculty of Health Sciences, University of South-Eastern Norway, Drammen Norway

² Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway

This article contributes methodological reflections on how dialogical and reflective approaches can enhance many voices in research. An epistemological assumption in research with a participatory design is that knowledge can be developed by collaborative processes between researchers and individuals with lived experiences. The study was conducted by arranging a reflective process meeting with different participants: researchers and mental health service providers and users. Using reflective thematic analysis and an analytical perspective, it describes the reflective process as the *tailoring of different voices*, which is a way of facilitating research that enables different participants to contribute their experiences in a dialogical process. The findings show that reflective processes can encourage people to both listen and talk and, in that sense, have both inner and outer dialogues that endorse the use of different types of knowledge, including research and lived experiences, to create new understandings together. This can have an impact on both collaborative research and practice in mental health services.

Keywords: dialogue, reflective process, mental health, co-creation of knowledge, youth, open dialogue

Key Points

1. This article contributes methodological reflections on how dialogical and reflective approaches can enhance many voices in research.
2. The underlying assumption of this study is the incomplete nature of knowledge and the perception that different people have different voices when participating in dialogues.
3. This article offers an insight into the authors' perceptions of how researchers and participants can come together to dialogue and co-create knowledge.
4. A reflective process could be a setting that encourages people to both listen and talk and, in that sense, have both inner and outer dialogues that might endorse the use of different types of knowledge, including research and lived experiences, to create new understandings together.
5. A finding from this study concerns how a reflective process is conducted in a way of facilitating research that enables different participants to contribute their experiences in a dialogical process.

This article explores how different voices and experiences can be enabled in knowledge development using dialogical and reflective research methods. An ontological assumption is that knowledge is created in contexts rather than being out there, not yet found (McNamee, 2010). The study is ontologically placed in a social constructionist and post-structural tradition, in which the social world, including knowledge, social relations, and practices, is perceived as a discourse created through processes of communication (Phillips, 2011). An epistemological assumption in research with a collaborative design underlies a belief that knowledge can be developed by

collaborative processes between researchers and individuals with lived experiences (Borg, Karlsson, Kim, & McCormack, 2012; Desai et al., 2019; Kidd, Davidson, Frederick, & Kral, 2018). Sullivan (2012) argues that dialogue is its own epistemology, as knowledge comes from personal participation in dialogue with the ideas of others.

In the present study, the authors co-created a research methodology based on dialogical approaches. We aimed to involve many voices in research to explore how dialogue as a research method could enhance the co-creation of knowledge. In contrast to having an outside 'expert' study as an object, people with different experiences were given space to learn and create knowledge together. In this way, we study epistemology in itself; what we believe knowledge is, how it is created, and how it is developed.

This study is situated in a collaborative research tradition within the mental health field with roots back to the United States of the 1970s (Borg et al., 2012; Davidson, Ridgway, Schmutte, & O'Connell, 2009; Rose, 2009; Veseth, Binder, Borg, & Davidson, 2017). The notion of co-production of knowledge for the mental health field grew as a critique of authority, experts, and public services. These collaborative research methods and collaboration on service development have links to the civil rights movement and social action (Clark, 2015; Ness & Heimborg, 2020). In this study we use the notion of co-creation of knowledge (McNamee, 2010). The difference between co-creation and co-production seems to be the level of collaboration over a period. Co-creation represents collaboration on something new, such as a service or new knowledge, while co-production involves the whole collaborative process and is often used about an entire research collaboration from start to end. Oliver et al. (2004) developed a framework for examining the diverse ways of involving consumers in research: consultation, collaboration, or consumer control. They discuss the need for research on working with consumers using an ethos of reflexive research and collective decision-making that addresses the processes and outcomes of consensus development.

The present study uses collaboration to study the processes involved in how to develop knowledge together and how tensions in dialogues impact research. It was inspired by two mental healthcare approaches: 'open dialogue' and 'reflective processes' (Andersen, 1991, 1995; Seikkula, 2011). The shift between the positions of listening and dialogue, as understood from these perspectives, forms the foundation of its methodology. The philosopher Bakhtin (1984, p. 293) claims: 'To live means to participate in dialogue.' This is not just a social action between different actors but an ongoing process of dialogues, of peoples' inner conversations between voices, the polyphonic self-voice (Bakhtin, 1984; Seikkula, 2008). To participate in dialogue is to recognise one's own incompleteness. This means that we learn about our self and our life both through other people's experiences and by experiencing the dialogue in and of itself. Differences in age, life experiences, gender, education, and roles can enhance the possibility of understanding something known in new ways.

According to Baxter (2006), Bakhtin has a holistic perspective on language, expression, and meaning, which involves traces of previous and future dialogues. Expression in dialogues can build on both inner and outer voices, and these voices shape discourses. Voices can build on perspectives, ideologies, and discourses and are not just connected to one individual but many (Bakhtin, 1981; Phillips & Napan, 2016). To keep a critical, reflective focus on the tensions in the dialogue can contribute to our understanding of how knowledge can be developed in a setting with service users, service providers, and researchers present (Phillips, 2011).

In a dialogical understanding of knowledge, communication is constituted in dialogue, in which the participants create knowledge together, bringing together different experiences (Olesen Phillips & Johansen, 2018). We find the perspectives of Seikkula and Andersen to be especially suited to explore how the facilitation of research settings can create spaces for many voices simultaneously – a polyphony of voices (Andersen, 1991, 1995; Seikkula, 2011). Our view seeks to address the critique by Berner-Rodoreda et al. (2020) of the traditional research interview, such as a focus group discussion (FGD), where the role of the researcher is often similar to that of an interviewer who holds the power and decides the focus of the interview by asking questions and navigating the interview guide. In this study dialogue in itself was an aim and the roles of the participants were collaborative.

This article aims to contribute methodological reflections on how dialogical and reflective approaches can enhance many voices in research. To explore and describe these issues, we created the following research question: *How can the use of dialogical and reflective approaches enable different voices and experiences in research?*

Method

Study context and participants

This study was conducted in a rural area in Norway in an outreach mental health team working with young people aged between 13 and 23 years and their families. The team is a local community-based social and mental health service supporting youth in activities related to school or work, providing training in social skills, and coordinating different social services. The team members come from a variety of educational backgrounds in the fields of social work, health care, and education.

The study forms part of the first author's PhD, which has a collaborative research design and consists of three sub-studies. Sub-study 1 focuses on dialogical workshops with the service providers of the outreach mental health team focusing on their perspectives of mental health services for young people (Soggiu, Klevan, Davidson, & Karlsson, 2019). Sub-study 2 consists of interviews with young service users and their relatives with the focus on collaboration around services in recovery processes (Soggiu, Klevan, Davidson, & Karlsson, 2020). The present article is Sub-study 3, which has a focus on dialogical research methods in collaborative research.

For the research project, an expert team consisting of two young service users, two parents, two service providers, and the first author was established to provide experience-based knowledge throughout. The group was involved in various tasks such as developing thematic interview guides for interviews, engaging in dialogues about the themes and the focus of the project, and participating in analysing the data. In Sub-study 2, the expert team and the first author had conducted preliminary thematic analyses of data from interviews with five young service users and five parents focusing on what they had discussed in the interviews (Soggiu et al., 2020). Findings from the preliminary analysis were presented to the participants, in a reflective process. The first author wrote a research diary throughout the research project, which included notes from preparations for and implementation of the reflective process with the expert team. The dialogues from the reflective process and notes from the researcher's diary constitute the data analysed for Sub-study 3 in this research project.

Reflective process meeting

The present study was conducted by arranging a reflective process meeting with different participants: five members of a mental health outreach team, two co-researchers (service users) from the expert group, and three of the authors (A-SS, BK, and TK). The meeting was inspired by therapeutic methods such as open dialogue and reflective processes (Andersen, 1991, 1995; Seikkula & Arnkil, 2013). A reflective team process enhances shifts between listening and talking in a therapeutic setting. All the participants were in the same room, and all the spoken dialogues were shared in space and time in that room. This is a concrete way of inviting all voices to be expressed and heard (Andersen, 1991, 1995). The process was conducted in a collaborative manner that focused on the relationships between the participants in the dialogical context (Ness et al., 2014; Ulland, Andersen, Larsen, & Seikkula, 2014). The underlying assumption of this process was the incomplete nature of knowledge and the recognition that different participants use different sorts of knowledge. Thus, new understandings could be created by including theoretical knowledge and lived experiences, both from professional training and from life in general (Frank, 2005).

In the reflective process, the first author and the co-researchers (service users) from the expert team started out by presenting preliminary findings from the analysis in Sub-study 2. The outreach team joined the dialogue about their practices as service providers. Two of the co-authors (TK & BK) facilitated the reflective process and were responsible for creating a setting in which every voice was given a chance to be heard. The researchers and the members of the outreach team sat as groups opposite each other in the room. The facilitators were at the side between the two groups. The facilitators guided the process through different phases to enable shifts between listening and dialoguing. The phases were: 1) dialogues between the researchers; 2) dialogues between the researchers and the facilitators; 3) dialogues between the members of the outreach team; 4) dialogues between the members of the outreach team and the facilitators; and 5) dialogues amongst all of the participants in the reflective process meeting. The facilitators had the responsibility of making sure that each phase of the process was conducted within the allotted time, that everybody was invited to speak, and that all the phases of the reflective process were completed. The reflective process was recorded and transcribed using two-and-a-half hours of the recorded dialogue word for word.

Research ethics

The Norwegian Centre for Research Data (NSD, No. 52349) approved the study. Written informed consent was required before participation, and the data were made anonymous.

Analytic process

We chose to use reflective thematic analysis as an analytical tool that can be applied to data across various theoretical and epistemological approaches (Braun & Clarke, 2006; Clarke, Braun, Terry, & Hayfield, 2019; Hansen et al., 2019). At the epistemological level, we used dialogical and discursive perspectives to explore and develop the research methods and the content of the data. Inspired by Phillips (2011), we also focused on the diversities of interest in dialogical processes of knowledge development by using an analytical perspective that was conducive to knowledge about tensions in

a specific practice where different forms of knowledge meet. The process of analysis followed and explored two paths: the research method and the content of the empirical data.

The data analysis was conducted solely by the authors through dialogically exploring and co-creating findings and knowledge together. Three of the authors had taken part in the reflective process, and, in that sense, had experienced being part of the data analysed. Different experiences from the reflective and research process influenced the dialogues and the co-creation of knowledge, both in oral dialogues and in writing. The first author read through and categorised all the data and prepared preliminary suggestions of findings which were presented to the other four researchers who then engaged in dialogues about how to understand the emerging findings both in meetings and by email. In that way, the dialogue and co-creation of knowledge continued during the analysis phases.

The data were analysed in two phases. In the first phase, we used a reflective thematic analysis tool, which simplifies a large amount of data into codes, categories, and themes (Braun & Clarke, 2006; Clarke et al., 2019). In the second phase, we picked out one theme and looked for tensions in the dialogues surrounding that theme to explore how a reflective process could enable the co-creation of knowledge.

First phase of analysis

Data were analysed in stages using dialogic reflective thematic analysis, inspired by Braun and Clarke (2006). (1) Recordings were listened to and transcribed; the transcripts were read, with notes made of possible themes. (2) Text was uploaded in NVivo, and meaningful units were categorised with codes. To apply the dialogical process to the data, we followed two paths: one in which we categorised the text as a 'research method' and the other in which we categorised text corresponding to 'the content of the empirical data.' The content of the empirical data refers to the descriptions of different perspectives and topics brought up by the participants when dialoguing about the practices of the outreach team. (3) Codes were read through to determine whether the categorisations made sense and to see if some of the text belonged to more than one code. We also considered how different codes could be combined to form overarching themes. (4) All themes were checked in relation to the codes. (5) We defined and named one main theme and five subthemes from Path one. As this was a study about research methods, in Path two we chose to single out just one theme describing practices in the team, which had one subtheme, to see how knowledge was co-created in the reflective process: *relational work in the outreach team*. We chose this theme because it was the theme that was discussed most in the reflective process (see Table 1).

Second phase of analysis

In the second phase, we looked for tensions and differences when the different participants talked together about the professional perspective: *relational work in the outreach team*. For this purpose, we used Phillips' (2011) Integrated Framework for Analysing Dialogical Knowledge Production and Communication (IFADIA) to analyse co-creation in dialogical processes as contrasts of interests. IFADIA combines action research with a Bakhtin-inspired focus on dialogue and Foucault's notion of power and is used as an analytical tool to focus on the tensions in the co-constructive process of knowledge with different voices (Phillips, 2011). From this perspective,

TABLE 1
Process of Analysis and Findings from the First Phase

Path one:	Path two:
Research method	The content of the empirical data
Main theme:	Main theme:
Tailoring for different voices	Relational work in the outreach team
Subthemes:	Subtheme:
Preparing to be researchers	Expert role
Bringing in one’s own experiences	
Generating other people’s voices	
Dialogical understandings	
Opening up for wonderings	

knowledge is understood as a product of dialogues, with tensions between different attitudes and points of view. This perspective contributes knowledge about concrete tensions that arise in a specific practice in which different concepts of knowledge meet.

Using IFADIA in this study increased awareness of knowledge production when different actors engaged in dialogues about different topics. This process of analysis consisted of reading the transcribed dialogues about the main professional theme, *relational work in the outreach team*. We searched for power imbalances, use of words, and possible discourses. With a focus on tensions, we had an epistemological assumption that discourses outside as well as within the context of the dialogue had an influence on the participants’ dialogue, as shaped by external structures, power relations, and how they talked about and understood their world (Jørgensen & Phillips, 1999).

Co-created Findings

Main themes

In this article we explore how the use of dialogical and reflective approaches in research can enhance knowledge development. As we strove for a dialogical methodology throughout this study, we also present the findings from the analysis in an open and reflective way, presenting a large number of extracts from the dialogues. These findings are what we as authors co-created through the process of analysis. In addition, we would like to emphasise that, as a reader, you are now invited to be part of the dialogue and co-creation of knowledge.

Path one. We co-created the finding *tailoring for different voices* as a main theme in the data on the research process. This theme was explored through the following sub-themes: *preparing to be researchers*, *bringing in one’s own experiences*, *generating other people’s voices*, *dialogical understandings*, and *opening up for wonderings*. The main theme, *tailoring of different voices*, concerns the entire process of working with the expert team and the design of the research project. This theme is understood to be a

way of facilitating research processes that enables different participants to contribute their experiences in a dialogical process.

Path two. As we followed the path of analysing the content of the empirical data, a main theme was co-created through the reflective process concerning *relational work*. This theme was introduced in the reflective process meeting by the researchers who had analysed data from the interviews and was picked up by both the facilitators and the outreach team in the dialogues. In the reflective process, *relational work* was co-created to encompass closeness in the relationships between the outreach team and the service users. The *expert role* was co-created as a subtheme.

The themes are illustrated with extracts of participants' dialogue from the different phases of the reflective process. As it was facilitated as a participatory process where we shifted between dialogue and listening, we present the findings through the actual phases that took place in the reflective process. This is a common thread through all the phases presented in the following. Through exploring dialogues about the theme *relational work* from Path two, we also explore the reflective process in Path one, expressed through the main theme, *tailoring for different voices*. We find this to be a useful illustration of the knowledge development in a dialogical process. We present a large amount of data to provide transparency for the reader. In the extracts, the co-researchers (service users) are referred to as 'C-R1' and 'C-R2,' the researcher as 'R,' the facilitators of the dialogical process (two co-authors) as 'F1' and 'F2,' and the outreach team members as 'T1,' 'T2,' and so on.

Dialogues between the researchers

In the first phase of the reflective process, the first author and the two co-researchers talked while the facilitators and the members of the outreach team listened. The preparations before the reflective process, as documented in the research diary, and the first phase of dialoguing, were understood as ways of *preparing to be researchers* in the study. *Preparing to be researchers* sheds light both on the process that was conducted up until the meeting and the participation in the reflective process. The subtheme of *preparing to be researchers* emerged from dialogues among the authors that explored what happened in the preparations before the meeting that could shed light on understanding the data.

The entire expert team took part in the preparations prior to the reflective process. They decided who should take part in the reflective process meeting, analysed data, and discussed which themes should be highlighted in the reflective process. Two team members were chosen by the team to take part in the reflective process and had experience as service users of the outreach team. *Preparing to be researchers* was created in dialogue about responsibilities about how one might present preliminary findings from interviews with young service users and their parents. This subtheme also explores how the co-researchers and the first author participated and their role in the reflective process.

In the preparation for the meeting, the first author and the co-researchers decided that the first author would start by asking the co-researchers about the themes. As this was a new setting for the co-researchers, they expressed nervousness about not being able to present findings well enough and remembering the themes to present. The first author was therefore responsible for keeping track of the themes during the

reflective process and bringing them into the dialogue by asking questions to get the dialogue going.

The following extract of reflections exemplifies how the subtheme *preparing to be researchers* was generated during the reflective process, based on preparations before the meeting. The extract shows how the first author during the reflective process was responsible for reminding the co-researchers about the topics they had decided to present while preparing for the process:

R: *But when we read the interviews with the young people, there was something you talked about yesterday. Having good relationships. Everybody says they have close relations with the service providers. What's more, there was something you said yesterday about someone who talked about a gift or something.*

C-R1: *Yes, one of them had a really close relationship with her contact in the outreach team. And she had received a gift, and she really appreciated the relationship they had. It was that feeling of loyalty that they actually care about you. That they are not just staff that do their work, but that they actually care.*

Dialogues between the researchers and the facilitators

Subtheme: Opening up for wonderings. In the second, fourth, and fifth phases the facilitators took part in the dialogues by asking questions. This constituted as the relevant subtheme *opening up for wonderings*. As the facilitators had been listening in on the dialogue without being able to comment, ask questions, or take part, *opening up for wonderings* shed light on the inner dialogue they had while listening. As facilitators, they were responsible for allowing others to take part in the dialogues when asking questions that had emerged while they listened, and they also contributed to the dialogues with their own reflections.

Opening up for wonderings was expressed as they entered a dialogue with the themes. In that sense, *opening up for wonderings* was a way of openly exploring themes they found interesting when they listened, as this reflection illustrates:

F1: *But if we think relationally, what is it about the young people that shows that you can connect?*

SP1: *Sincerity. I admire many of them who have had many bad experiences. Okay, and here comes a new person to say hello to. Then they actually do it. Push ahead again, even though they have had many bad experiences. They give us a chance. So I can feel that I have a strong respect for that. It costs a lot.*

Subtheme: Bringing in one's own experiences and generating other people's voices. Two other subthemes we co-created were *bringing in one's own experiences* and *generating other people's voices*. In the preparations before the reflective process meeting, the co-researchers discussed to what extent their role as researchers allowed them to bring in their own life experiences as service users of the outreach team. Talking about this revealed pros and cons. As an example, the co-researchers talked to service providers from whom they were still receiving help. The expert team decided that it would be acceptable to mention their experiences if they felt comfortable with that during the meeting, because it might shed light on why they had analysed the data as they had.

This subtheme shows how the different participants in the meeting used their experiences as service users and service providers, as well as their life experiences, to create understanding and knowledge about different topics. It also captures the co-researchers' way of combining their own experiences with the data and analysis that they had prepared to present at the meeting. During the meeting, they used their own experiences as a way of explaining how they understood the data from the interviews, and, in that sense, they were continuing the analysis in the reflective process meeting. As authors, we co-created *generating other people's voices* as the subtheme, as this reflection illustrates:

F2: *I was thinking, or I was just wondering, if there was anything that surprised you when you looked at the interviews with the parents and the young people?*

C-R1: *I don't know. Maybe that everybody was so positive. Well, my own experiences, my personal experiences with the team are only positive. However, I was thinking, I did maybe expect differences in opinions. But mostly they had the same opinions.*

C-R2: *Yes, and how far they'd go to help us. That rather surprised me.*

R: *Which parts of it?*

C-R2: *Well, like, they knock on your door if you don't feel like going out. They don't give up. Although I've personally found that they don't give up, I still thought it was good to read that. Yes, to read that.*

F2: *Read that others had that same experience, yes.*

Following the second path in the analysis of the content of the empirical data, *relational work*, we found that the participants, by bringing in their own experience, provided greater understanding of the relational work of the outreach team. As the reflection extract above demonstrates, the dialogues co-created relational work as being linked to perseverance and not giving up.

Dialogues between the members of the outreach team

Subtheme: Dialogical understandings. In the third phase of the reflective process meeting, it was the outreach team's turn to dialogue about what they had heard, what they had noticed, and what kinds of thoughts they had about various points. The subtheme that we, as authors, co-created in this phase was named *dialogical understandings*. The members of the outreach team responded with gratitude and dialogued about how they understood what they had heard presented by the researchers. A statement such as, 'They don't give up' was now taken as something they both related to, from how they saw their own practice, and as something they strove to achieve. *Dialogical understandings* also illustrate how they considered the positive feedback from the interviews with the service users as confirmation of their practice. 'They don't give up,' as quoted by one of the co-researchers, was now used as their own description of themselves and their work with the phrase 'We never give up,' as this reflection illustrates:

SP3: *I think it was. I was really moved when I heard them talk. In addition, I was very glad that they find that we go the distance. That may be the sample [of service users] we got hold of (laughs). I appreciate that, and now we can really feel it. It's really pretty hectic sometimes, but it was repeated: They don't give up.*

SP2: *That is a positive thing.*

SP3: *Yes, positive. Moreover, a good reminder to keep on doing that. Because it is one of our trademarks. Something that we brag about to our partners. That we don't give up.*

SP2: *We don't easily give up.*

SP3: *We don't give up before we are properly told to by the person concerned. I think that we check whether it is okay. And that might be what it takes sometimes. Walk the extra mile.*

Dialogues among all of the participants in the reflective process meeting

In the last phase of the reflective process meeting all the participants took part in the dialogue together. As seen in the next extract we found many of the subthemes represented. *Tailoring of different voices* was shown through the co-researchers *preparing to be researchers*, where they were both *generators of other people's voices* when presenting analysis of data from interviews and *bringing in their own experiences* as service users to shed light on how the themes were dialogued about. The facilitators brought in research-based knowledge when talking about relational work. The subtheme *opening up for wonderings* has a dimension of both bringing in one's own reflections from listening in the different phases and of what comes to mind when listening and talking about relational work. In a way the subtheme *dialogical understandings* shows how all the participants through the different phases have dialogued about the professional theme *relational work* in the outreach theme, both by listening and making sense of how they saw and understood professional helping relationships.

C-R1: *Yes, that person who said that it was like their mother. But they can also talk about things, they could maybe talk about boyfriends, like stuff they couldn't talk about at home. So it is like, but of course, what is important about all of this is that balance. Between being a professional and having that sort of expert role, but also being a person. And relating to a young person as a human being who also goes through stuff himself.*

C-R2: *Showing them kindness then.*

SP2: *Well, I think that it is, the most important thing is to show that we care about each other. Have an impact. I think that if we don't feel that, then there's no point in us being here. Or, well . . . (laughs).*

SP3: *And I am really happy about that research that you referred to earlier that says it pays to go outside the box. So boring inside that box.*

F1: *Yes, it is, the thing that's most important is that you make sure you don't make a ritual of going outside the box. And put it in a manual that you have to remember to go outside the box. You can just forget about the fake version. It is like that with bicycles or some toys, or it's like this. Or to be with someone longer than planned.*

R: *One of them said: I think or I believe that if I needed it she would cancel other appointments just to be with me. There is something genuine about it that you can't fake. She has that experience.*

C-O2: *That you feel special. And that is also important to know as staff, that when you're a young person here you can be very uncertain. And in a way, someone who knows your whole life, in a way they can help you, so it is like people look forward to . . . I can remember, there have been times in my life when the only thing I was thinking of was that I was looking forward so much to Friday to meet (name). It is like, it is what you look forward to. It means a whole lot.*

Following the second path of the professional theme *relational work* throughout the analysis of the different phases of the reflective process meeting, we found that the understanding of *relational work* developed. The participants added more and more elements of what a helping relationship should consist of through exploring different thoughts based on experiences of needing help, helping others, research knowledge, and also the dialogues in the meeting itself.

The aftermath

After the reflective process meeting, the first author and the co-researchers discussed their experiences of taking part in the study as researchers. One of the topics highlighted was a realisation of never having found service providers to be uncertain about their work. The co-researchers described the discovery that being a professional also comes with an insecure state of mind as to how to help the people they collaborate with. They also appreciated the openness around this from the members of the outreach team. In their experience as service users, this topic had not been raised when receiving help.

Tensions in the dialogues about relational work

As we explored how the main theme, *relational work*, was discussed in the reflective process, we co-created a subtheme associated with the role of being an expert. Dialoguing about relational work and being a service provider were seen as a form of expert role. Talking about this introduced tension in the dialogues between the participants. The researchers were the ones who first brought up the notion of expert in the dialogues and presented this as a finding from the interviews with the parents. Further on in the dialogues, the researchers created an understanding of this being connected to having an important role in a family, expectations to fulfil, parents letting go of responsibility, qualifications, and competence, as this reflection illustrates:

C-R1: *Yes, it was rather interesting to see that, when you talked to the parents, that the service providers after a while had such an important role in the families. The service providers in a way got an expert role, and they have some expectations to fulfil. It is interesting to see what the dynamics between the service providers is like.*

When analysing the data, we explored the tensions in the dialogues about the expert role using IFADIA. We co-created three different groups of voices among the participants in the dialogues: The *user voice*, the *problematizing voice*, and the *voice of virtue*. These voices were carried by different participants in the dialogues and were not represented by just one group such as the service providers. All three voices created were represented by the researchers, the members of the outreach team, and the facilitators in the dialogues. For this reason, we do not attribute the quotes below to particular speakers as in the extracts above.

The *user voice* perceived the expert role as something the parents appreciated, that they expected from the outreach team, and as a source of relief and help for a problem they had. The *user voice* created the expert role as qualified help from professionals. The second voice, *the problematizing voice*, brought in the concept of power that lies in being an expert. Phrases that express how the expert role can be problematic are exemplified by these quotes: 'they believe that here there are very clever people that know something they don't,' 'the power that lies in that,' and 'they truly trust you.' The *problematizing voice* explored the expert role through dialogues about

limitations and pitfalls that could occur in a collaboration partially built on being seen as an expert. The last voice we co-created from the tensions in dialogues was *the voice of virtue*. In relation to content regarding what relational work should be, virtue was created as a contrast to the expert role. Familiar phrases from professional work in mental health services make up the *voice of virtue*, as illustrated in this quote: “don’t want to be in an expert role, I feel, because I am not an expert on other people’s life.”

The tensions within the dialogues about the expert roles that were co-created during the reflective process led to a consensus about relational work, which was that being an expert was connected to some risks of misuse of power and trust.

Reflections and Discussion

The aim of this study was to contribute to knowledge about the development of collaborative research designs by enabling different voices and experiences in research. By exploring and describing the use of dialogical and reflective approaches in knowledge development, we hope to add to the literature on more democratic methodologies for research in the field of mental health. We have explored how dialogical methods may provide a research setting that can enable a democratic process of knowledge development in which voices of many different actors are given space.

We found the main finding to be *tailoring for different voices*, which applied to the entire research process from designing the research project, preparing the reflective process with the expert team, to conducting the reflective process throughout five different phases of dialogue. This main theme was explored and expounded through the subthemes and findings: *preparing to be researchers*, *bringing in one’s own experiences*, *generating other people’s voices*, *dialogical understandings*, and *opening up for wonderings*.

The reflective process was facilitated in a way that allowed all participants to take part in the dialogue, with the hope that this atmosphere would encourage them to share their voices, opinions, and experiences, and introduce a way of thinking aloud together. Together, we tried to understand aspects of the dialogue by using our own ideas and experiences to have an inner and outer dialogue in a polyphonic manner about themes in a shared space and time (Frank, 2005). Tensions arose when participants tried to co-create knowledge about different topics, but the tensions were toned down in the dialogues, and agreement was sought, and finally a consensus was reached during the reflective team process. The discourse of dialogue, at least in a Western setting, involves a concept of coming to a consensus of understanding (Beresford, 2003; Borg, Karlsson, Kim, & McCormack, 2012). Habermas inferred that this concept normally lies in language itself, which leads us to oppose consensus and lets us be convinced by the better argument (Habermas, 1984, 1987). Norway has an egalitarian and homogenous history, and the goal of consensus can therefore be a challenge when trying to raise many voices with different perspectives for the purpose of developing knowledge.

Even though we aspired to create a safe context for dialogue and knowledge development, there are different discourses both outside and within the research setting. The mental health field is one area in which the principal topic of dialogues has competing discourses, such as biomedical or social explanatory models for understanding and treating mental health problems (Ekeland, 2011). These discourses are linked to power and to who claims what in different communities of practice. The biomedical

understanding has historically had a superior position over other explanatory models, for example with regard to understanding people and their difficulties in a social context (Ekeland, 2011). Foucault (1967) wrote about how madness was constituted as illness in the late 1700s with the dialogue between madness and reason cut off. As one discourse won out in the hegemony, the epistemology of mental health as an illness has had a strong influence on what is seen as necessary knowledge and what is given precedence in practice.

One reflection from analysing the dialogues in this research project has been that different voices of tensions may represent competing discourses in the mental health field. The fact that these differences occurred in a setting in which the participants were given the task of co-creating knowledge about providing help in this field could be seen both as a strength and a weakness in the reflective process method for the co-creation of knowledge. We do not believe it is possible or even desirable to disengage from existing discourses but as authors and researchers in this study, we have striven to develop methods that can create a space in which we, together, can explore our own beliefs and discourses and create knowledge together with different voices.

The underlying assumption of this study is the incomplete nature of knowledge and the perception that different people have different voices when participating in dialogues. A reflective process could be a setting that encourages people to both listen and talk and, in that sense, have both inner and outer dialogues that might endorse the use of different types of knowledge, including research and lived experiences, to create new understandings together (Frank, 2005). We believe that we have explored some research methods that can make room for a polyphony of voices by using the reflective process as a setting for dialoguing about mental health services among service users, providers, and researchers via the dialogical analysis method, which both examines the research methods and the content from the dialogues. Like Kidd et al. (2018), we believe that developing research methods to co-create knowledge is a process of lifelong learning and unlearning, and it is a search for exploring the right questions and language for enabling inquiry into the co-creation of knowledge with different participants.

Conclusion and implications

This article offers insights into how researchers and participants can come together in dialogue to co-create knowledge in the mental health field. The findings show that reflective processes can encourage people to both listen and talk and, in that sense, have both inner and outer dialogues that might endorse the use of different types of knowledge, including research and lived experiences, to create new understandings together. Reflective processes, however, need to be facilitated through advance preparation and guided reflection that encourage all participants to contribute their experiences and reflections.

The findings of this study are relevant for mental healthcare researchers and professionals who wish to explore how to develop knowledge and services in collaboration between service users and providers. They show how tensions in collaborative dialogues can provide meaningful knowledge about what can be lost because participants desire consensus.

Further research is needed on how to design projects that encourage participants with different experiences to contribute their reflections, opinions, and knowledge. However, we find it undesirable to draw any conclusions with you as a reader, as the

dialogical process is still ongoing. As authors, we have tried to reflect on the study in an open and transparent manner, but we have no control over how this work is perceived by different readers.

This article offers an insight into the authors' perceptions of how researchers and participants can come together to dialogue and co-create knowledge. It also presents dialogical analyses and reflections about this strategy as a research method, which can offer perspectives on how knowledge can be created in the mental health field. As our readers now become part of the dialogue, the reflections on how to develop collaborative research methods can continue.

References

- Andersen, T. (1991). *The Reflecting Team: Dialogues and Dialogues About Dialogues*. New York: Norton.
- Andersen, T. (1995). Reflecting processes: Acts of forming and informing, in S. Friedman (Ed.), *The Reflecting Team in Action* (pp. 11–37). New York: Guilford.
- Bakhtin, M. (1981). *The Dialogic Imagination: Four Essays by MM Bakhtin*. Texas: University of Texas Press.
- Bakhtin, M. (1984). *Problems of Dostoevsky's Poetics*. Minneapolis: University of Minnesota.
- Baxter, L. (2006). Communication as dialogue, in G. J. Shepherd, J. St. John, & T. Striphas (Eds.), *Communication as . . . : Perspectives on Theory* (pp. 101–109). London: Sage Publications Inc.
- Beresford, P. (2003). User involvement in research: Exploring the challenges. *Nursing Times Research*, 8(1), 10. <https://doi.org/10.1177/136140960300800106>.
- Berner-Rodoreda, A., Bärnighausen, T., Kennedy, C., Brinkmann, S., Sarker, M., Wikler, D., et al. (2020). From doxastic to epistemic: A typology and critique of qualitative interview styles. *Qualitative Inquiry*, 26(3–4), 291–305. <https://doi.org/10.1177/1077800418810724>.
- Borg, M., Karlsson, B., Kim, H. S., & McCormack, B. (2012). Opening up for many voices in knowledge construction. *Qualitative Social Research*, 13(1), <https://doi.org/10.17169/fqs-13.1.1793>.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 24. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063o>.
- Clark, M. (2015). Co-production in mental health care. *Mental Health Review Journal*, 20(4), 213–219.
- Clarke, V., Braun, V., Terry, G., & Hayfield, N. (2019). Thematic analysis, in P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* (pp. 843–860). Singapore: Springer.
- Davidson, L., Ridgway, P., Schmutte, T., & O'Connell, M. (2009). Purposes and goals of service user involvement in mental health research, in J. Wallcraft, B. Schrank & M. Amering (Eds.), *Handbook of Service User Involvement in Mental Health Research* (pp. 87–98). London: Wiley-Blackwell.
- Desai, M. U., Bellamy, C., Guy, K., Costa, M., O'Connell, M. J., & Davidson, L. (2019). 'If you want to know about the book, ask the author': Enhancing community engagement through participatory research in clinical mental health settings. *Behavioral Medicine*, 45(2), 177–187.
- Ekeland, T. J. (2011). *Ny kunnskap - ny praksis. Et nytt psykisk helsevern* [New knowledge–new practice. A new mental health field]. Available at: <https://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/Ny-kunnskap-ny-praksis.-Et-nytt-psykisk-helsevern.pdf> (accessed 26 September 2019).

- Foucault, M. (1967). *Madness and Civilisation: A History of Insanity in the Age of Reason*. London: Tavistock/Routledge.
- Frank, A. (2005). What is dialogical research, and why should we do it? *Qualitative Health Research*, 7(15), 964–974.
- Habermas, J. (1984). *The Theory of Communicative Action: Reason and the Rationalization of Society* (Vol. 1). London: Heinemann.
- Habermas, J. (1987). *The Theory of Communicative Action: Lifeworld and System* (Vol. 2). Cambridge: Polity Press.
- Hansen, H., Stige, S. H., Moltu, C., Johannessen, J. O., Joa, I., Dybvig, S., & et al. (2019). 'We all have a responsibility': A narrative discourse analysis of an information campaign targeting helpseeking in first episode psychosis. *International Journal of Mental Health Systems*, 13(32), 14. <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0289-4>.
- Jørgensen, M. W., & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som Teori og Metode* [Discourse Analysis as a Theory and Method]. Frederiksberg: Roskilde University Press.
- Kidd, S., Davidson, L., Frederick, T., & Kral, M. J. (2018). Reflecting on participatory, action-oriented research methods in community psychology: Progress, problems, and paths forward. *American Journal of Community Psychology*, 61(1–2), 76–87. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12214>.
- McNamee, S. (2010). Research as social construction: Transformative inquiry. *Saúde & Transformação Social*, 1(1), 9–19.
- Ness, O., Borg, M., Biong, S., Sundet, R., McCormack, B., & Kim, H. S. (2014). Towards a model for collaborative practice in community mental healthcare. *Scandinavian Psychologist*, 1, e6. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.1.e6>
- Ness, O., & von Heimburg, D. (2020). Collaborative action research: Co-constructing social change for the common good, in S. McNamee, M. Gergen, C. C. Borges & E. Raser (Eds.), *Sage Handbook of Social Constructionist Practice* (pp. 34–45). London: Sage.
- Olesen, B. R., Phillips, L. J., & Johansen, T. R. (2018). Når dialog og samskabelse er mere end plusord [Dialogue and co-creation are more than just positive words], in B. R. Olesen, L. J. Phillips & T. R. Johansen (Eds.), *Dialog og Samskabelse: Metoder til en Refleksiv Praksis* [Dialogue and Co-creation: Methods for a Reflexive Practice] (pp. 11–37). Copenhagen: Akademisk Forlag.
- Oliver, M., Clarke Jones, L., Rees, R., Milne, R., Buechanan, P., Gabby, J., et al. (2004). Involving consumers in research and development agenda setting for the NHS: Developing an evidence based approach. *Health Technology Assessment*, 8(15), 1–148.
- Phillips, L. (2011). *The Promise of Dialogue*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Phillips, L., & Napan, K. (2016). What's in the 'co'? Tending the tensions in co-creative inquiry in social work education. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 29(6), 827–844. <https://doi.org/10.1080/09518398.2016.1162869>.
- Rose, D. (2009). Collaboration. Is collaborative research possible?, in J. Wallcraft, B. Schrank & M. Amering (Eds.), *Handbook of Service User Involvement in Mental Health Research* (pp. 169–179). London: Wiley-Blackwell.
- Seikkula, J. (2008). Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy. *Journal of Family Therapy*, 30, 478–491. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00439.x>.
- Seikkula, J. (2011). Becoming dialogical: Psychotherapy or a way of life? *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32(3), 14.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2013). *Åpen Dialog i Relasjonell Praksis: Respekt for Annerledeshet i Øyeblikket* [Open Dialogues in Relational Practices. Respect for Momentary Differences]. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Anna-Sabina Soggiu et al.

- Soggiu, A.-S., Klevan, T. G., Davidson, L., & Karlsson, B. E. (2019). School's out with fever: Service provider perspectives of youth with mental health struggles. *International Journal of Adolescence and Youth*, 24(3), 12. <https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1646663>.
- Soggiu, A.-S., Klevan, T. G., Davidson, L., & Karlsson, B. E. (2020). A sort of friend: Narratives from young people and parents about collaboration with a mental health outreach team. *Social Work in Mental Health*, 18(4), 383–397. <https://doi.org/10.1080/15332985.2020.1761932>.
- Sullivan, P. (2012). *Qualitative Data Analysis: Using a Dialogical Approach*. London: Sage.
- Ulland, D., Andersen, A. J. W., Larsen, I. B., & Seikkula, J. (2014). Generating dialogical practices in mental health: Experiences from southern Norway. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Service Research*, 41(3), 9. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0479-3>.
- Veseth, M., Binder, P.-E., Borg, M., & Davidson, L. (2017). Collaborating to stay open and aware: Service user involvement in mental health research as an aid in reflexivity. *Nordic Psychology*, 69(4), 256–263. <https://doi.org/10.1080/19012276.2017.1282324>.

Intervjuguide til fokusgrupper og /eller individuelle intervjuer – Forskningsprosjektet: «Nettverksarbeid og brukervedvirkning»

Innledningsvis presenteres intervjuets hensikt, hvordan de ulike temaene vil bli introdusert samt rettighetene i informert samtykke (undertegner samtykke). Hvis ungdom, informeres om at kontaktperson tar kontakt påfølgende dag for samtale om det skulle være ønskelig.

Oppstart av samarbeid med ambulerende team

- Hvordan kom du i kontakt med teamet – hva skjedde?

Hvilke erfaringer har du/dere gjort deg/dere knyttet til.....?

- Samhandlingen mellom teamet, ungdommene og nettverket rundt ungdommene?
- Hva er/ viser seg som brukervedvirkning – hvordan har du/dere merket det - i samhandlingen mellom ambulerende team, ungdommene og nettverket rundt ungdommene?
- Hvordan er uenigheter blitt taklet?
- Hvordan har dere samhandlet og snakket om hva som skal være i fokus i kontakten mellom dere?
- Hvordan har dere planlagt samarbeidet?
- Hvordan er du/dere blitt lyttet til?
- Hvordan har dere hatt konkret innflytelse og medvirkning – eksempler og konkrete angivelser, takk!
- Hvordan har dere erfart tillitten i samhandlingen?
- På hvilke måter og områder har, og ikke har, samarbeidet bidratt til å støtte og å utvikle din/deres bedringsprosess?

Refleksjoner knyttet til samtalen; innhold og deltakelse

- Hva har hver enkelt opplevd som viktig i dette intervjuet?
- Hvordan har du opplevd din egen deltakelse?
- Er du noe du ønsker å tilføye før vi avslutter?

Vår [ref.nr.:](#) 2016/2094 C

Hei.

Vi viser til innsendt skjema for fremleggingsvurdering av ovennevnte prosjekt, mottatt 16.11.16.

Formålet med prosjektet beskrives på følgende måte i henvendelsen:

Studiens hovedmål er å utvikle forskningsbasert kunnskap om god samhandling med og rundt ungdommer i alderen 14-18 år med fokus på brukermedvirkning og nettverksmobilisering i lokalbasert psykisk helse- og rusarbeid. Kunnskapen som utvikles har til hensikt å bidra til lokalbaserte tiltak, forebygging og tidlig innsats av psykisk helse- og rusproblemer for aldergruppen, samt utvikle kunnskap om hvordan god samhandling og helhetlig innsats kan bidra til høy kvalitet i tjenestene og at riktig kompetanse blir benyttet i psykisk helse- og rusarbeid.

Også den vedlagte prosjektbeskrivelsen er tydelig på samhandlings- og tilretteleggingsfokuset.

Helseforskningslovens gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, forstått som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, jf. helseforskningslovens § 4.

I dette prosjektet er det trekk ved selve helsetjenesten man søker å skaffe ny kunnskap om, ikke sykdom og helse *per se*.

Prosjektet omfattes dermed ikke av helseforskningslovens virkeområde, jf. helseforskningslovens § 2. Prosjektet kan gjennomføres uten REK-godkjenning.

Vi antar for øvrig at prosjektet kommer inn under de interne regler for behandling av pasient-/helseopplysninger som gjelder ved ansvarlig virksomhet. Søker bør derfor ta kontakt med enten forskerstøtteavdeling eller personvernombud for å avklare hvilke retningslinjer som er gjeldende.

Vi gjør videre oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende jfr. forvaltningsloven § 11.

Dersom dere likevel ønsker å søke REK, vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen

Tor Even Svanes

seniorrådgiver

post@helseforskning.etikkom.no

T: 22845521

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)**

<http://helseforskning.etikkom.no>

Anna-Sabina Soggiu
Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag Høgskolen i Sørøst-Norge

3603 KONGSBERG

Vår dato: 13.03.2017

Vår ref: 52349 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.01.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

52349	<i>Nettverksarbeid og brukermedvirkning. Samarbeidende praksiser med og rundt ungdommer i lokalbasert psykisk helse- og rusarbeid</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Sørøst-Norge, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Anna-Sabina Soggiu</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2020, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.



Stipendiaten opplyser at REK har vurdert at prosjektet ikke er fremleggingspliktig. Vi legger dette til grunn.

FORMÅL

Formålet med studien er å utvikle kunnskap om samhandling med og rundt ungdommer med fokus på brukermedvirkning og nettverksmobilisering i lokalbasert psykisk helse- og rusarbeid.

UTVALG OG REKRUTTERING

Utvalget består av barn og unge som er brukere av ambulerende team psykisk helse i [REDACTED] pårørende til barn og unge som er brukere av tjenestene, og fagpersoner.

Rekruttering av forskningsdeltakere vil foregå gjennom Barne- og Familieenheten, Ambulerende team psykisk helse i [REDACTED]. Førstegangskontakt med unge og pårørende vil foregå gjennom Barne- og Familieenhetens ansatte. Mulige deltakere vil få informasjon om studien både muntlig og skriftlig.

Personvernombudet forutsetter at frivillighet, taushetsplikt og konfidensialitet blir ivaretatt under rekruttering av utvalget. Det er i dette prosjektet særlig viktig å legge vekt på frivillighetsaspektet, da det kan være vanskeligere å si nei til å delta når blir rekruttert i forbindelse med at man mottar en tjeneste man som bruker/pårørende er avhengig av.

DATAMATERIALET

Data samles inn gjennom fokusgruppeintervjuer og/eller individuelle intervjuer.

Områdene som blir utforsket i fokusgrupper og/eller individuelle intervjuer vil være hvordan og om deltakerne har opplevd dialog, medvirkning og nettverksarbeid i samhandlingen med Ambulerende team psykisk helse.

Det vil nedsettes en Kompetansegruppe med 2 ungdommer, 2 pårørende og 2 fagpersoner.

Kompetansegruppens bidrag i prosjektet vil være å delta i utviklingen av intervjuguider, analyser av data og fortløpende diskusjoner og planlegging gjennom studiet. Dersom det utarbeides en mer detaljert intervjuguide, ber vi om at denne blir ettersendt til personvernombudet.

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

TAUSHETSPLIKT

Vi minner om at de ansatte har taushetsplikt, og at de ikke kan gi opplysninger som kan identifisere en enkeltbruker eller pårørende direkte eller indirekte, så fremt det ikke er innhentet samtykke fra de enkelte til dette. Det er svært viktig at intervjuet gjennomføres på en slik måte at taushetsplikten overholdes.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Foresatte vil samtykke for sine barn som er under 16 år. Informasjonsskrivene er i all hovedsak godt utformet, som avklart med stipendiat, i eposter den 09.03.2017, må følgende endres/tilføyes:

-Riktig dato for prosjektslutt og anonymisering av data (31.12.2020) må påføres skrevet.

-Stipendiat må oppføres som daglig ansvarlig for studien.

-Det bør presiseres at dersom brukeren/den pårørende velger å ikke delta, eller ønsker å trekke seg underveis, vil dette ikke få noen konsekvenser for tjenester de mottar, eller relasjon til kommunen/tjenesteleverandør.

-Dersom pårørende til barn og unge som ikke deltar i prosjektet skal uttale seg som sine barn, anbefaler vi at dere inkluderer et avsnitt i informasjonsskrivet om at de pårørende bes om å informere barna/ungdommene om prosjektet. Barna/ungdommene må også opplyses om at de har rett til å reservere seg.

Reviderte informasjonsskriv skal sendes til personvernombudet@nsd.no før utvalget kontaktes.

Forsker opplyser at ungdom 16/17 år skal samtykke selv da en del av ungdommene i utvalget har utfordringer knyttet til kontakt med sine foreldre/foresatte. For at eldre ungdommer ikke skal hindres i å delta i undersøkelsen og fortelle om sine erfaringer med å motta hjelp fra det ambulerende teamet, anses det derfor som viktig at dette ikke skal hindres av at de ikke ønsker at foreldrene deres skal involveres. I dette prosjektet vurderer personvernombudet det slik at ungdommer over 16 år kan samtykke til deltakelse på selvstendig grunnlag. Dette ut fra en helhetsvurdering av opplysningenes art og omfang. Det er personvernombudets vurdering at ungdommene på 16 år og eldre i dette prosjektet har forutsetninger for å forstå hva deltakelse innebærer.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Sørøst-Norge sine interne rutiner for datasikkerhet. Ettersom det skal behandles sensitive personopplysninger, bør opplysningene krypteres.

DATABEHANDLER

Transkriberingsassistenter er databehandlere for prosjektet. Høgskolen i Sørøst-Norge skal inngå skriftlig avtale med disse om hvordan personopplysninger skal behandles, jf. personopplysningsloven § 15. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se Datatilsynets veileder: <http://www.datatilsynet.no/Sikkerhet-internkontroll/Databehandleravtale/>.

PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 31.12.2020. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

Vi gjør oppmerksom på at også databehandlere må slette personopplysninger tilknyttet prosjektet i sine systemer. Dette inkluderer eventuelle logger og koblinger mellom IP-/epostadresser og besvarelser.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

«Nettverksarbeid og brukermedvirkning»

Del A

Bakgrunn og hensikt

Denne forespørselen gjelder om din deltagelse i ett fokusgruppeintervju eller et individuelt intervju der hensikten er å utforske og beskrive ungdommers opplevelser av samhandling om nettverk og brukermedvirkning. Deltakere i undersøkelsen har eller har hatt kontakt med Ambulerende team psykisk helse i Barne- og Familieenheten i [REDACTED]. Temaene i intervjuene vil rette seg mot om og hvordan deltakerne har erfart og opplevd dialog, medvirkning og nettverksarbeid i sin samhandling med teamet. Forskningsarbeidet vil ledes av Høgskolen i Sørøst-Norge. Forskningen vil ta utgangspunkt i en systematisk innsamling og analyse av data gjennom fokusgruppe- og/eller individuelle intervjuer samt annen form for skriftlig dokumentasjon relatert til forskningsprosjektets tematikk. Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om samarbeidende praksiser med og rundt ungdommer som er i kontakt med Ambulerende team psykisk helse, ved bruk av Åpen Dialog og Klient- og resultatstyrt praksis. Områdene som blir utforsket i fokusgrupper og/eller individuelle intervjuer vil være hvordan, om, deltakerne har opplevd dialog, medvirkning og nettverksarbeid i samhandlingen.

Hva innebærer studien?

For å få belyst erfaringene ønsker vi å gjennomføre fokusgruppeintervjuer og/eller individuelle intervjuer i tidsrommet 01.01.17 til og med 31.12.20 med ungdommer som ønsker å delta. De som deltar kan selv velge mellom å la seg intervjuer i fokusgrupper eller i individuelle intervjuer. Dersom du og foresatte godkjenner det, tas intervjuet opp på bånd for så å bli skrevet ut. Daglig ansvarlig for prosjektet er stipendiat Anna-Sabina Soggiu, ansatt ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for hele- og sosial vitenskap, Institutt for helse-, sosialt og velferdsfag. Sammen med veileder professor Bengt Karlsson ansatt ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosial vitenskap, Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag, vil Anna-Sabina Soggiu gjennomføre studien og intervjuene.

Hva skjer med informasjonen om deg

Alla data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven. Dette innebærer at forskerne vil ha taushetsplikt overfor alle personopplysninger som samles inn. Datamaterialet vil bli anonymisert og slettet når forskningsprosjektet er avsluttet, senest 31.12.2020. Forskningsresultatene vil bli publisert i nasjonale og internasjonale fagtidsskrifter og på fagkonferanser og i en doktorgradsavhandling.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du og foresatte kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke samtykke til å delta i studien. Dersom du og foresatte ønsker at du deltar, undertegner du og foresatte samtykkeerklæringen på siste side. Om dere nå sier ja til å delta, kan dere senere trekke tilbake samtykket uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom dere senere ønsker å trekke dere eller har spørsmål til studien, eller generelt ønsker mer informasjon om forskningsprosjektet kan du/dere kontakte doktorgradsstipendiat Anna-Sabina Soggiu, Høgskolen i Sørøst-Norge, tlf. 97 77 34 12 eller epost: anna-sabina.soggiu@usn.no

DEL B

Personvern

Informasjonen som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. Dekan ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, er databehandlingsansvarlig. Studien er meldt og godkjent av Norsk Senter for forskningsdata den 13.03.17 ref. saksnummer 52349.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Det er kun ansatte i prosjektet som har adgang til informasjonen og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du og foresatte sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Studien er finansiert gjennom Ph.d-stipendiat ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap.

Informasjon om utfallet av studien

Du har som informant rett til å få tilgang til utfall av studien.

Dersom du ønsker å delta, ber vi deg om å underskrive samtykkeerklæringen og sende den i vedlagt konvolutt. Når vi har mottatt denne vil du bli kontaktet av stipendiat Anna-Sabina Soggiu.

Drammen 13.10.17

Vennlig hilsen

Bengt Karlsson
Professor
Senter for psykisk helse og rus
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse-, sosial og velferdslag

Anna-Sabina Soggiu
Ph.d-Stipendiat
Senter for psykisk helse og rus
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse-, sosial og velferdslag

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien «Nettverksarbeid og brukervedvirkning».
Ungdommers, pårørendes og fagpersoners opplevelser med dialog, medvirkning og nettverksarbeid i samhandlingen.

Signert av prosjektdeltaker, dato

Signert av foresatte til prosjektdeltaker, dato

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

Signert, rolle i studien, dato

Jeg kan kontaktes på tlf: eller epostadresse:

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

«Nettverksarbeid og brukermedvirkning»

Del A

Bakgrunn og hensikt

Denne forespørselen gjelder om din deltagelse i ett fokusgruppeintervju eller et individuelt intervju der hensikten er å utforske og beskrive ungdommers opplevelser av samhandling om nettverk og brukermedvirkning. Deltakere i undersøkelsen har eller har hatt kontakt med Ambulerende team psykisk helse i Barne- og Familieenheten i [REDACTED]. Temaene i intervjuene vil rette seg mot om og hvordan deltakerne har erfart og opplevd dialog, medvirkning og nettverksarbeid i sin samhandling med teamet. Forskningsarbeidet vil ledes av Høgskolen i Sørøst-Norge. Forskningen vil ta utgangspunkt i en systematisk innsamling og analyse av data gjennom fokusgruppe- og/eller individuelle intervjuer samt annen form for skriftlig dokumentasjon relatert til forskningsprosjektets tematikk. Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om samarbeidende praksiser med og rundt ungdommer som er i kontakt med Ambulerende team psykisk helse ved bruk av Åpen Dialog og Klient- og resultatstyrt praksis. Områdene som blir utforsket i fokusgrupper og/eller individuelle intervjuer vil være hvordan, om, deltakerne har opplevd dialog, medvirkning og nettverksarbeid i samhandlingen.

Hva innebærer studien?

For å få belyst erfaringene ønsker vi å gjennomføre fokusgruppeintervjuer og/eller individuelle intervjuer i tidsrommet 01.01.17 til og med 31.12.20 med ungdommer som ønsker å delta. De som deltar kan selv velge mellom å la seg intervjuer i fokusgrupper eller i individuelle intervjuer. Dersom du godkjenner det, tas intervjuet opp på bånd for så å bli skrevet ut. Daglig ansvarlig for prosjektet er stipendiat Anna-Sabina Soggiu, ansatt ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for hele- og sosial vitenskap, Institutt for helse-, sosialt og velferdslag. Sammen med veileder professor Bengt Karlsson ansatt ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosial vitenskap, Institutt for helse-, sosial- og velferdslag, vil Anna-Sabina Soggiu gjennomføre studien og intervjuene.

Hva skjer med informasjonen om deg

Alla data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven. Dette innebærer at forskerne vil ha taushetsplikt overfor alle personopplysninger som samles inn. Datamaterialet vil bli anonymisert og slettet når forskningsprosjektet er avsluttet, senest 31.12.2020. Forskningsresultatene vil bli publisert i nasjonale og internasjonale fagtidsskrifter og på fagkonferanser og i en doktorgradsavhandling.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, eller generelt ønsker mer informasjon om forskningsprosjektet kan du kontakte doktorgradsstipendiat Anna-Sabina Soggiu, Høgskolen i Sørøst-Norge, tlf. 97 77 34 12 eller epost: anna-sabina.soggiu@usn.no

DEL B

Personvern

Informasjonen som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenne opplysninger. Dekan ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, er databehandlingsansvarlig. Studien er meldt og godkjent av Norsk Senter for forskningsdata den 13.03.17 ref. saksnummer 52349.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Det er kun ansatte i prosjektet som har adgang til informasjonen og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Studien er finansiert gjennom Ph.d-stipendiat ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap.

Informasjon om utfallet av studien

Du har som informant rett til å få tilgang til utfall av studien.

Dersom du ønsker å delta, ber vi deg om å underskrive samtykkeerklæringen og sende den i vedlagt konvolutt. Når vi har mottatt denne vil du bli kontaktet av stipendiat Anna-Sabina Soggiu.

Drammen 13.10.17

Vennlig hilsen

Bengt Karlsson
Professor
Senter for psykisk helse og rus
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse-, sosial og velferdsfag

Anna-Sabina Soggiu
Ph.d-Stipendiat
Senter for psykisk helse og rus
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse-, sosial og velferdsfag

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien «Nettverksarbeid og brukermedvirkning».

Ungdommers, pårørendes og fagpersoners opplevelser med dialog, medvirkning og nettverksarbeid i samhandlingen.

(Signert av prosjektdeltaker, dato

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

Signert, rolle i studien, dato

Jeg kan kontaktes på tlf: eller epostadresse:

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

«Nettverksarbeid og brukermedvirkning»

Del A

Bakgrunn og hensikt

Denne forespørselen gjelder om din deltagelse i ett fokusgruppeintervju eller et individuelt intervju der hensikten er å utforske og beskrive pårørendes opplevelser av samhandling om nettverk og brukermedvirkning. Deltakere i undersøkelsen har eller har hatt kontakt med Ambulerende team psykisk helse i Barne- og Familieenheten i [REDACTED]. Temaene i intervjuene vil rette seg mot om og hvordan deltakerne har erfart og opplevd dialog, medvirkning og nettverksarbeid i sin samhandling. Forskningsarbeidet vil ledes av Høgskolen i Sørøst-Norge. Forskningen vil ta utgangspunkt i en systematisk innsamling og analyse av data gjennom fokusgruppe- og/eller individuelle intervjuer samt annen form for skriftlig dokumentasjon relatert til forskningsprosjektets tematikk. Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om samarbeidende praksiser med og rundt ungdommer som er i kontakt med Ambulerende team psykisk helse ved bruk av Åpen Dialog og Klient- og resultatstyrt praksis. Områdene som blir utforsket i fokusgrupper og/eller individuelle intervjuer vil være hvordan, om, deltakerne har opplevd dialog, medvirkning og nettverksarbeid i samhandlingen.

Hva innebærer studien?

For å få belyst erfaringene ønsker vi å gjennomføre fokusgruppeintervjuer og/eller individuelle intervjuer i tidsrommet 01.01.17 til og med 31.12.20 med pårørende som ønsker å delta. De som deltar kan selv velge mellom å la seg intervju i fokusgrupper eller i individuelle intervjuer. Dersom du godkjenner det, tas intervjuet opp på bånd for så å bli skrevet ut. Daglig ansvarlig for prosjektet er stipendiat Anna-Sabina Soggiu, ansatt ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for hele- og sosial vitenskap, Institutt for helse-, sosialt og velferdsfag. Sammen med veileder professor Bengt Karlsson ansatt ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosial vitenskap, Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag, vil Anna-Sabina Soggiu gjennomføre studien og intervjuene.

Hva skjer med informasjonen om deg

Alla data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven. Dette innebærer at forskerne vil ha taushetsplikt overfor alle personopplysninger som samles inn. Datamaterialet vil bli anonymisert og slettet når forskningsprosjektet er avsluttet, senest 31.12.2020. Forskningsresultatene vil bli publisert i nasjonale og internasjonale fagtidsskrifter og på fagkonferanser og i en doktorgradsavhandling.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, eller generelt ønsker mer informasjon om forskningsprosjektet kan du kontakte doktorgradsstipendiat Anna-Sabina Soggiu, Høgskolen i Sørøst-Norge, tlf. 97 77 34 12 eller epost: anna-sabina.soggiu@usn.no

DEL B

Personvern

Informasjonen som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. Dekan ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, er databehandlingsansvarlig. Studien er meldt og godkjent av Norsk Senter for forskningsdata den 13.03.17 ref. saksnummer 52349.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Det er kun ansatte i prosjektet som har adgang til informasjonen og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Studien er finansiert gjennom Ph.d-stipendiat ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap.

Informasjon om utfallet av studien

Du har som informant rett til å få tilgang til utfall av studien.

Dersom du ønsker å delta, ber vi deg om å underskrive samtykkeerklæringen og sende den i vedlagt konvolutt. Når vi har mottatt denne vil du bli kontaktet av stipendiat Anna-Sabina Soggiu.

Drammen 13.10.17

Vennlig hilsen

Bengt Karlsson
Professor
Senter for psykisk helse og rus
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse-, sosial og velferdsfag

Anna-Sabina Soggiu
Ph.d-Stipendiat
Senter for psykisk helse og rus
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse-, sosial og velferdsfag

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien «Nettverksarbeid og brukermedvirkning».

Ungdommers, pårørendes og fagpersoners opplevelser med dialog, medvirkning og nettverksarbeid i samhandlingen.

Signert av prosjektdeltaker, dato

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

Signert, rolle i studien, dato

Jeg kan kontaktes på tlf: eller epostadresse:

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

«Nettverksarbeid og brukermedvirkning»

Del A

Bakgrunn og hensikt

Denne forespørselen gjelder om din deltagelse i ett fokusgruppeintervju eller et individuelt intervju der hensikten er å utforske og beskrive fagpersoners opplevelser av samhandling om nettverk og brukermedvirkning. Deltakere i undersøkelsen er ansatte i Ambulerende team psykisk helse i Barne- og Familieenheten i [REDACTED]. Temaene i intervjuene vil rette seg mot om og hvordan deltakerne har erfart og opplevd dialog, medvirkning og nettverksarbeid i sin samhandling. Forskningsarbeidet vil ledes av Høgskolen i Sørøst-Norge. Forskningen vil ta utgangspunkt i en systematisk innsamling og analyse av data gjennom fokusgruppe- og/eller individuelle intervjuer samt annen form for skriftlig dokumentasjon relatert til forskningsprosjektets tematikk. Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om samarbeidende praksiser med og rundt ungdommer som er i kontakt med Ambulerende team psykisk helse ved bruk av Åpen Dialog og Klient- og resultatstyrt praksis. Områdene som blir utforsket i fokusgrupper og/eller individuelle intervjuer vil være hvordan, om, deltakerne har opplevd dialog, medvirkning og nettverksarbeid i samhandlingen.

Hva innebærer studien?

For å få belyst erfaringene ønsker vi å gjennomføre fokusgruppeintervjuer og/eller individuelle intervjuer i tidsrommet 01.01.17 til og med 31.12.20 med fagpersoner som ønsker å delta. De som deltar kan selv velge mellom å la seg intervju i fokusgrupper eller i individuelle intervjuer. Dersom du godkjenner det, tas intervjuet opp på bånd for så å bli skrevet ut. Daglig ansvarlig for prosjektet er stipendiat Anna-Sabina Soggiu, ansatt ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for hele- og sosial vitenskap, Institutt for helse-, sosialt og velferdslag. Sammen med veileder professor Bengt Karlsson ansatt ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosial vitenskap, Institutt for helse-, sosial- og velferdslag, vil Anna-Sabina Soggiu gjennomføre studien og intervjuene.

Hva skjer med informasjonen om deg

Alla data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven. Dette innebærer at forskerne vil ha taushetsplikt overfor alle personopplysninger som samles inn. Datamaterialet vil bli anonymisert og slettet når forskningsprosjektet er avsluttet, senest 31.12.2020. Forskningsresultatene vil bli publisert i nasjonale og internasjonale fagtidsskrifter og på fagkonferanser og i en doktorgradsavhandling.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, eller generelt ønsker mer informasjon om forskningsprosjektet kan du kontakte doktorgradsstipendiat Anna-Sabina Soggiu, Høgskolen i Sørøst-Norge, tlf. 97 77 34 12 eller epost: anna-sabina.soggiu@usn.no

DEL B

Personvern

Informasjonen som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. Dekan ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, er databehandlingsansvarlig. Studien er meldt og godkjent av Norsk Senter for forskningsdata den 13.03.17 ref. saksnummer 52349.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Det er kun ansatte i prosjektet som har adgang til informasjonen og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Studien er finansiert gjennom Ph.d-stipendiat ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap.

Informasjon om utfallet av studien

Du har som informant rett til å få tilgang til utfall av studien.

Dersom du ønsker å delta, ber vi deg om å underskrive samtykkeerklæringen og sende den i vedlagt konvolutt. Når vi har mottatt denne vil du bli kontaktet av stipendiat Anna-Sabina Soggiu.

Drammen 03.10.17

Vennlig hilsen

Bengt Karlsson
Professor
Senter for psykisk helse og rus
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse-, sosial og velferdsfag

Anna-Sabina Soggiu
Ph.d-Stipendiat
Senter for psykisk helse og rus
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse-, sosial og velferdsfag

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien «Nettverksarbeid og brukermedvirkning».

Ungdommers, pårørendes og fagpersoners opplevelser med dialog, medvirkning og nettverksarbeid i samhandlingen.

Signert av prosjektdeltaker, dato

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

Signert, rolle i studien, dato

Jeg kan kontaktes på tlf: eller epostadresse:

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

«Nettverksarbeid og brukermedvirkning»

Del A

Bakgrunn og hensikt

Denne forespørselen gjelder om din deltagelse i dialogbasert undervisning der hensikten er å utforske hvordan Åpen Dialog (ÅD) og Klient- og resultatstyrt tilbakemelding (KOR) kan utvikles og brukes i samarbeidet med ungdommer og deres nettverk i Ambulerende team psykisk helse, Barne- og Familieenheten i [REDACTED]. Deltakere i undersøkelsen er ansatte eller studenter i Ambulerende team psykisk helse i Barne- og Familieenheten i [REDACTED]. Temaene i intervjuene vil rette seg mot hvordan deltakerne erfarer bruk av ÅD og KOR i sitt møte med ungdommer og deres nettverk. Forskningsarbeidet vil ledes av Høgskolen i Sørøst-Norge. Forskningen vil ta utgangspunkt i en systematisk innsamling og analyse av data gjennom fokusgruppe- og/eller individuelle intervjuer samt dokumentasjon av dialogbasert undervisning.

Hva innebærer studien?

For å få belyst erfaringene med bruk av ÅD og KOR ønsker vi å gjennomføre Dialogbasert undervisning i tidsrommet 01.01.17 til og med 31.12.20 med fagpersoner som ønsker å delta. Dersom du godkjenner det, tas undervisningen opp på bånd for så å bli skrevet ut. Daglig ansvarlig for prosjektet er stipendiat Anna-Sabina Soggiu, ansatt ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for hele- og sosial vitenskap, Institutt for helse-, sosialt og velferdsfag. Sammen med veileder professor Bengt Karlsson ansatt ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosial vitenskap, Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag, vil Anna-Sabina Soggiu gjennomføre den dialogbaserte undervisningen og studien.

Hva skjer med informasjonen om deg

Alla data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven. Dette innebærer at forskerne vil ha taushetsplikt overfor alle personopplysninger som samles inn. Datamaterialet vil bli anonymisert og slettet når forskningsprosjektet er avsluttet, senest 31.12.2020. Forskningsresultatene vil bli publisert i nasjonale og internasjonale fagtidsskrifter og på fagkonferanser og i en doktorgradsavhandling.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, eller generelt ønsker mer informasjon om forskningsprosjektet kan du kontakte doktorgradsstipendiat Anna-Sabina Soggiu, Høgskolen i Sørøst-Norge, tlf. 97 77 34 12 eller epost: anna-sabina.soggiu@usn.no

DEL B

Personvern

Informasjonen som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. Dekan ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, er databehandlingsansvarlig. Studien er meldt og godkjent av Norsk Senter for forskningsdata den 13.03.17 ref. saksnummer 52349.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Det er kun ansatte i prosjektet som har adgang til informasjonen og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Studien er finansiert gjennom Ph.d-stipendiat ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap.

Informasjon om utfallet av studien

Du har som informant rett til å få tilgang til utfall av studien.

Dersom du ønsker å delta, ber vi deg om å underskrive samtykkeerklæringen og sende den i vedlagt konvolutt. Når vi har mottatt denne vil du bli kontaktet av stipendiat Anna-Sabina Soggiu.

Drammen 00.00.00

Vennlig hilsen

Bengt Karlsson
Professor
Senter for psykisk helse og rus
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse-, sosial og velferdsfag

Anna-Sabina Soggiu
Ph.d-Stipendiat
Senter for psykisk helse og rus
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse-, sosial og velferdsfag

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien «Nettverksarbeid og brukermedvirkning».
Ungdommers, pårørendes og fagpersoners opplevelser med samhandling med nettverk og av
medvirkning knyttet utvikling av bruk av Åpen Dialog og Klient- og resultatstyrt tilbakemelding i
Ambulerende team psykisk helse ved Barne- og Familieenheten i [REDACTED]

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Jeg kan kontaktes på tlf: eller epostadresse:

**"Venner er kanskje litt
overdrevent?"**

Anna-Sabina Soggiu

**Doktoravhandlinger ved
universitetet i Sørøst-Norge
nr. 183**

978-82-7206-831-7 (trykk)
978-82-7206-832-4 (online)

usn.no