

”Åpen dialog bak lukkede dører”

- Pasienter og pårørendes opplevelser og erfaringer med Åpen dialog i nettverksmøter på en lukket psykiatrisk avdeling.

Jorunn Sørgård



**Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap
Master i klinisk helsearbeid
Studieretning: Psykisk helsearbeid**

HØGSKOLEN I SØRØST-NORGE

13.05.16

Antall ord: 19 325

Navn: Jorunn Sørgård	Dato: 13.0516
<p align="center">”Åpen dialog bak lukkede dører”</p> <p align="center">– pasienter og pårørendes opplevelse og erfaring med Åpen dialog i nettverksmøter på en lukket psykiatrisk avdeling.</p>	
<p>Sammendrag:</p> <p>Bakgrunn: Åpen dialog i nettverksmøter er innført som tilbud til alle pasienter på en lukket psykiatrisk avdeling innenfor spesialisthelsetjenesten. Denne tilnærmingen er dialogbasert og opptatt av det likeverdige møtet mellom mennesker. Inspirasjonskilden og den teoretiske forankringen i studien er ved Jakko Seikkula sitt forskningsarbeid i Nord-Finland. Denne forskningen omhandler nettverksmøter og prinsippet om åpne samtaler som prosedyre ved alle psykiske kriser og før en eventuell innleggelse på sykehus.</p> <p>Hensikt: Studiens hovedmålsetting er å få kunnskap om pasienters og pårørendes opplevelse og erfaring med Åpen dialog i nettverksmøter på en lukket psykiatrisk avdeling. Tilnærmingen er benyttet i andre kontekster innenfor psykisk helsevern. Det er behov for mer forskningsbasert kunnskap om denne tilnærmingen i en lukket avdeling.</p> <p>Metode: Studien har et eksplorativt og deskriptiv design, og er forankret innenfor en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. På denne bakgrunnen er kvalitativ forskningsmetode valgt. Pasienter og pårørende som har vært deltagere i nettverksmøter har gitt skriftlig tilbakemeldinger på deres opplevelse og erfaringer med Åpen dialog i nettverksmøter. En tekstanalyse av de skriftlige tilbakemeldingene er anvendt for dataskaping.</p> <p>Funn: Funn i denne studien fremstilles i tre hovedtemaer: 1. Muligheter i den åpne dialogen, 2. Opplevelse av likeverd i nettverksmøtene 3. Håp om bedring og fremtidsperspektiv.</p> <p>Konklusjon: Studien viser at Åpen dialog i nettverksmøter er relevant for praksis i en lukket psykiatrisk avdeling. I denne konteksten opplever pasienter og pårørende tilnærmingen som nyttig. Sett i lys av dette er det behov for mer forskning om Åpen dialog i nettverksmøter innenfor rammen av en lukket avdeling.</p>	
<p>Nøkkelord: Open dialogue , networkmeetings, open dialogue approach, psychosis</p>	

Name: Jorunn Sjørgård	Date: 13.05.16
Title and subtitle: <p style="text-align: center;">”Open dialogue behind closed doors”</p> <p style="text-align: center;">- Patients and relatives experience of Open dialogue in network meetings in a psychiatric hospital.</p>	
<p><u>Abstract:</u></p> <p>Background: Open dialogue in network meetings is implemented as an opportunity for all patients in a psychiatric hospital. This approach is dialogue-based and focused on the equal encounter between people. The source of inspiration and the theoretical basis is the research of Jakko Seikkula in Finland. This research concerns Open dialogue in network meetings and the principle is used as a procedure in all kinds of psychological crisis and before hospitalisations.</p> <p>Purpose: The aim of this study is to increase knowledge about the experience of the patients and relatives with Open dialogue in network meetings in a closed psychiatric ward. The approach has been used in other contexts in psychiatric treatment. More knowledge about this approach in closed psychiatric ward is needed.</p> <p>Methods: The design of the research is described as qualitative with an exploratory and descriptive approach. Patients and dependents who have been participants in network meetings has given written feedback on their experience with Open dialogue in network meetings. Data creation is done with a text analysis of the written feedback. Data analysis is based on a phenomenological-hermeneutic approach.</p> <p>Results: The results of the study are presented in three main topics: 1. Possibilities in Open dialogue 2. Experience of equality in networkmeeting 3. Hope of recovery and future perspective.</p> <p>Conclusion: This study shows that Open dialogue in network meetings is relevant for practice in a psychiatric hospital. In this context patients and their families are experiencing the certain approach as helpful. On this basis more knowledge about this approach is needed.</p>	
Key words: Open dialogue, networkmeetings, open dialogue approach, psychosis	

FORORD

Denne masteroppgaven markerer slutten på mitt masterstudie i klinisk helse arbeid med studieretning psykisk helsearbeid. Når jeg avslutter dette arbeidet har jeg flere ting å se tilbake på som har vært til glede og inspirasjon. For det første vil jeg nevne de utallige nettverksmøtene jeg har fått være med på gjennom arbeidet med å utvikle åpen dialog i nettverksmøter ”bak lukkede dører”. Møtene har gitt meg en opplevelse av at de har utgjort en ”forskjell” for de som har vært deltakere i møtene. Dette har inspirert meg til å fortsette dette arbeidet. Jeg retter en stor takk til de pasienter og pårørende som gav meg skriftlige tilbakemeldinger på sine opplevelser og erfaringer med åpen dialog i nettverksmøter. Uten dem hadde ikke denne oppgaven vært mulig.

Samarbeidet med min kollega og medstudent Ritva Jacobsen har vært til stor inspirasjon. Vi har skrevet masteroppgave innenfor samme tema men med forskjellige perspektiv. Vi har hatt utallige diskusjoner og meningsutvekslinger underveis. Ispedd en stor dose humor! Takk Ritva!

Avdelingssjef Jean-Max Robasse fortjener også takk. I dag er jeg glad for at han ikke gav seg da jeg i første runde takket nei til et masterstudie. Med velvilje har han lagt forholdene til rette slik at masterstudiet har vært mulig å gjennomføre.

Min veileder Bengt Karlsson fortjener en stor takk for presis og konstruktiv tilbakemeldinger på oppgaven. En stor porsjon humor underveis har vært befriende i en krevende tid. Har lært meg å sette pris på smilefjes!

Tilslutt vil jeg takke barna mine, Martine og Halvor, for faglige innspill og uvurderlig hjelp med redigering av oppgaven.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0. Innledning	1
1.1. Bakgrunn for valg av tema	1
1.2. Studiens hensikt og problemstilling	3
1.3. Forskningsspørsmål	3
2.0. Teoretiske perspektiver og tidligere forskning	4
2.1. Psykisk helsearbeid	4
2.2. Utvikling av nettverksrelatert arbeid	5
2.3. Det teoretiske grunnlaget ved Åpen dialog (OD)	6
2.3.1. Grunnprinsipper i åpen dialog	8
2.4. Dialog	9
2.4.1. Polyfoni	10
2.4.2. Reflekterende prosesser	10
2.4.3. Monologisk dialog og dialogisk dialog	11
2.4.4. Ikke vitende posisjon	11
2.5. Nettverksmøte	12
2.5.1. Nettverksmøte og nettverksterapi	12
2.5.2. Åpen dialog i nettverksmøte	12
2.5.3. Nettverksmøte og andre samarbeidsmøter	13
2.6. Åpen dialog "Bak lukkede dører"	14
2.7. Åpen dialog i nettverksmøter i andre miljøer og kontekster	16
3.0. Metodologi	18
3.1. Vitenskapsteoretisk forankring	18
3.1.1. Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming	18
3.2. Metode for dataskaping	19
3.2.1. Tekstanalyse	20
3.3. Gjennomføring av dataskaping	20
3.3.1. Forberedelse til dataskaping	20
3.3.2. Utvelgelse og rekruttering av informanter	20
3.4. Metoder for dataanalysen	21
3.5. Gjennomføring av dataanalyse	22
3.5.1. Steg 1	22
3.5.2. Steg 2	22
3.5.3. Steg 3	22
3.5.4. Steg 4	23
3.5.5. Steg 5	24
3.5.6. Steg 6	24
3.6. Metodologiske refleksjoner	24
3.6.1. Validitet	24
3.6.2. Reliabilitet	25
3.7. Forskningsetiske refleksjoner	26
4.0. Presentasjon av funn	28
4.1. Viktige faktorer i nettverksmøtet	28
4.2. Muligheter i den åpne dialogen	29
4.3. Medbestemmelse	30
4.4. Opplevelse av likeverd i nettverksmøtene	31
4.5. Håp om bedring og fremtidsperspektiv	32
4.6. Oppsummering funn	33
5.0. Drøfting	34
5.1. Muligheter i den åpne dialogen	34
5.1.1. Helbredende faktor	34

5.1.2. Felles forståelse	35
5.1.3. Reflekterende prosesser	36
5.2. Opplevelse av likeverd i nettverksmøtene.....	37
5.3. Håp om bedring og fremtidsperspektiv	41
5.4. Oppsummering drøfting	44
6.0. Avslutning.....	46
6.1. Kliniske implikasjoner	46
6.2. Forskningsmessige implikasjoner	47
Litteraturliste	48

Vedlegg 1. Samtykkeskriv

Vedlegg 2. Svar fra REK

Vedlegg 3. Svar fra Personvernombudet Ahus

Vedlegg 4. Endringsmelding til Personvernombudet Ahus

Vedlegg 5. Svar fra NSD

Vedlegg 6. Matrise

1.0. Innledning

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Åpen dialog i nettverksmøte har vært og er inspirasjonskilde for meg i møte med pasienter i psykisk helsevern. Bakgrunnen for dette er at jeg har ti års erfaring som nettverksmøteleder. Jeg er spesialsykepleier i psykisk helsearbeid og mitt første møte med åpen dialog i nettverksmøter var da jeg begynte å jobbe i akutteam på et distriktpsykiatrisk senter (DPS). Der jobbet vi etter en modell fra Nord-Finland, utviklet av Seikkula og hans medarbeidere. Ved det finske Keropudas sykehuset er nettverksmøte og prinsippet om åpne samtaler (OD) standard prosedyre ved alle psykiske kriser og før en eventuell innleggelse på sykehus (Seikkula & Arnkil, 2007).

Denne måten å møte mennesker på i en akutt psykisk krise ble til stor inspirasjon for meg. Jeg tok videreutdanning innenfor nettverksmøter og relasjonskompetanse for å kunne lede nettverksmøter. Da jeg begynte som fagutviklingssykepleier på en lukket psykiatrisk avdeling var jeg nysgjerrig på om Åpen dialog i nettverksmøter kunne benyttes i denne konteksten, bak ”lukkede dører”. Der befinner det seg pasienter med alvorlige psykoselidelser, ofte i kombinasjon med vold og rusproblematikk. Psykoselidelser innebærer store påkjenninger for den som rammes, og familien deres. Jeg opplever ofte at pasientene har et stort lidelsestrykk. De er i all hovedsak innlagt mot sin vilje noe som kan oppleves involverende og svært krenkende. Jeg møter også mange pårørende som er plaget av bekymringer og skyldfølelse, de er ofte slitne av å leve med et familiemedlem med en psykisk lidelse.

Det ble besluttet at avdelingen skulle forankre Åpen dialog i nettverksmøte i et prosjekt hvor formålet var å utvikle denne tilnærmingen på avdelingen. Ved prosjektets slutt og etter gode tilbakemeldinger fra pasienter, pårørende, behandlere og miljøpersonalet ble det besluttet av ledelsen at alle pasienter ved denne avdelingen skulle få tilbud om Åpen dialog i nettverksmøter. Det har vært et spennende arbeid å utvikle Åpen dialog i nettverksmøter i denne konteksten. Etter nettverksmøtene sitter jeg ofte igjen med en følelse av at møtene har gjort en ”forskjell”. Dette har gjort meg nysgjerrig og motivert til å utforske hvordan denne tilnærmingen oppleves og erfares av pasienter og pårørende som har vært deltakere i nettverksmøtene. Med denne bakgrunnen vil jeg vise til et dikt av Olav H. Hauge som jeg synes sier mye om tanker, drømmer eller et håp jeg har når jeg skal gå inn å lede et nettverksmøte:

Det er den draumen me ber på

Det er den draumen me ber på

At noko vedunderleg ska skje –

At tidi skal opna seg,

At hjarto skal opna seg

At dører skal opna seg

At berget skal opna seg

At kjelder skal springa

At draumen skal opna seg,

At me ei morgenstund skal

Glida inn

På en våg me ikkje har visst um

Olav H. Hauge

Åpen dialog i nettverksmøter er et tilbud til alle pasienter på en lukket psykiatrisk avdeling innenfor spesialisthelsetjenesten. Det er forankret i avdelingens handlingsplan at alle pasienter som innlegges på denne avdelingen skal få dette tilbudet. Det er lagt ned mye arbeid i form av tid, ressurser og kompetanseheving for å utvikle dette tilbudet. Dette har medført at ledelsen ved avdelingen etterspør mer kunnskap om bruk av denne tilnærmingen innenfor rammen av en lukket psykiatrisk avdeling. I Åpen dialog i nettverksmøter medvirker pasientene i stor grad og på den måten blir de en større aktør i egen behandling. Vi har erfaringsbasert kunnskap om denne tilnærmingen, og vi må utvikle forskningsbasert kunnskap. Dette er i tråd med statlige føringer om at vi skal arbeide kunnskapsbasert: "Kunnskapsbasert praksis innebærer at fagutøvere bruker ulike kunnskapskilder i praksis. Ved å bruke forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis og pasientens kunnskap og behov, bedrer vi kvaliteten på tjenestene våre" (Kunnskapssenteret, 2016). Avdelingen har mer enn fem års erfaring med åpen dialog "bak lukkede dører". Jeg ser det som viktig å reflektere over og systematisere den erfaringsbaserte kunnskapen. I denne sammenheng vil jeg vise til Lindseth & Nordberg (2004):

To be able to understand and, if necessary, to improve our own practice, we have to start with our lived experience. We have to express it to become aware of its meaning, and often this awareness itself leads to improvements. If we miss the opportunity to reflect on our own experiences, we will hardly find a way to improve our practice", even if organizational changes supposed to be beneficial are implemented (Lindseth, 2004).

Med dette som bakgrunn ønsket ledelsen ved avdelingen at jeg skulle begynne på masterstudie i klinisk helsearbeid med fordypning i psykisk helsearbeid. Åpen dialog i nettverksmøter innenfor rammen av en lukket psykiatrisk avdeling ble et naturlig valg da jeg skulle velge tema for masteroppgaven.

1.2. Studiens hensikt og problemstilling

Studiens hensikt er å undersøke, beskrive og systematisere pasienter og pårørendes opplevelser og erfaringer knyttet til deres deltagelse i Åpen dialog i nettverksmøter på en lukket psykiatrisk avdeling innenfor spesialisthelsetjenesten. Åpen dialog i nettverksmøter er benyttet i andre kontekster innen for psykisk helsevern. Det er lite kunnskap om denne tilnærmingen innenfor rammen av en lukket psykiatrisk avdeling. Sett i lys av dette vil studien kunne representere en mulighet for å utvikle ny kunnskap om Åpen dialog i nettverksmøter i denne konteksten. Studien vil på den måten bidra til kunnskap om denne tilnærmingen innenfor psykisk helsetjeneste. Etter å ha vært med på å utvikle Åpen dialog i nettverksmøter på en lukket avdeling, ble jeg nysgjerrig omkring pasienter og pårørendes opplevelse og erfaring med møtene. Jeg inviterte pasienter og pårørende som har vært deltakere i nettverksmøter til å dele sine opplevelser og erfaringer med meg. Pasienter og pårørende har gitt meg tilbakemeldinger i form av skriftlige tekster hvor de beskriver sine opplevelser og erfaringer med nettverksmøtene. På denne bakgrunnen er studiens problemstilling: ”Hvordan har pasienter og pårørende opplevd og erfart Åpen dialog i nettverksmøter?”

1.3. Forskningsspørsmål

I prosjektperioden hvor formålet var å utvikle Åpen dialog i nettverksmøter på en lukket psykiatrisk avdeling ble deltakerne stilt et åpent spørsmål om hvordan de har opplevd og erfart møtene. Hensikten var å tydeliggjøre og systematisere kunnskap om denne tilnærmingen innenfor denne konteksten. Forskningsspørsmålet er formulert slik: ”Hvordan har du opplevd og erfart Åpen dialog i nettverksmøter ved en lukket psykiatrisk avdeling?”

2.0. Teoretiske perspektiver og tidligere forskning

I dette kapitlet vil jeg presentere den teoretiske referanserammen jeg bygger studien på. Malterud (2011) viser til at den teoretiske referanserammen er de brillene vi har på når vi leser materialet vårt. Den teoretiske referanserammen omfatter modeller, teorier, begreper, definisjoner og forskningstradisjoner som brukes i en studie for å forstå meningen og strukturere forståelsen av materiale og funn (Malterud, 2011).

Jeg tar et masterstudie i klinisk helsearbeid med studieretning psykisk helsearbeid. Jeg vil først i dette kapitlet vise til hvordan psykisk helsearbeid er knyttet til min studie. I den videre fremstilling vil jeg presentere utvikling av nettverksrelatert arbeid og Seikkula og hans medarbeidere sitt forskningsarbeid i Nord-Finland. Jeg vil kort skissere de 7 grunnprinsipper som ble utledet fra denne forskningen. Jeg vil vise til teoretiske og forskningsbaserte kilder knyttet til begrepene dialog, dialogisme, nettverksmøter og åpen dialog i nettverksmøter. Studiens tittel er ”Åpen dialog bak lukkede dører”, og jeg vil beskrive hvordan Åpen dialog i nettverksmøter trer frem ”bak lukkede dører”. Avslutningsvis i dette kapitlet vil jeg gjøre rede for andre miljøer og kontekster som arbeider med denne tilnærmingen.

2.1. Psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid er forankret innenfor den humanistiske tradisjonen. I det humanistiske menneskesynet oppfattes mennesket som en handlende aktør og unikt på den måten at det er et autonomt, rasjonelt, sosialt og åndelig vesen. Sentrale begreper i den humanistiske tradisjonen er verdighet, integritet, anerkjennelse og respekt. I psykisk helsearbeid er oppmerksomheten rettet mot personen som søker hjelp, vedkommende sine livsproblemer, kompetanse og ressurser, livserfaringer, hverdagsliv og sosiale nettverk (Karlsson & Borg, 2013). Psykisk helsearbeid sammenfattes som en relasjonsbyggende og kommunikativ virksomhet som er rettet mot å fremme helse og redusere konsekvensene av psykiske helseproblemer og psykisk lidelse hos den enkelte og i befolkningen (Studieplanen for klinisk helsearbeid, 2013-2017 HBV). Sett i lys av dette knyttes denne studien til psykisk helsearbeid ved at den søker kunnskap om pasienter og pårørende sine opplevelser og erfaringer med Åpen dialog i nettverksmøter innenfor rammen av en lukket psykiatrisk avdeling. Ved denne tilnærmingen møtes tre kompetansesystemer: pasienten, det sosiale nettverket og fagpersoner. Målet er å åpne opp for en felles forståelse av pasientens problemer og livssituasjon slik at det kan utvikles felles oppfatninger og meninger. På denne måten har pasientene mulighet til medbestemmelse og dermed bli større aktør i egen behandling.

2.2. Utvikling av nettverksrelatert arbeid

Det er mange som opp gjennom årene har arbeidet på ulike plan både teoretisk og praktisk med det sosiale nettverket og hvilke betydning dette har for den enkelte. Engelskmennene Radcliffe (1881 - 1955) og Barnes (1918 -2010) var sosialantropologer og forskere og regnes som grunnleggerne av begrepet sosialt nettverk. De mente blant annet at mennesket står i et gjensidig avhengighetsforhold til sitt sosiale nettverk (Vigrestad & Hellandshølen, 2012). Tanken om nettverksterapi i helsevesenet startet i USA på 1960 tallet og var inspirert av ulike familierapeutiske retninger og arbeidet til familierapeutene Speck og Atteneave. De regnes som ponerer i nettverksterapi og sosial nettverksintervensjon. De utviklet sine fagområder med å inkludere pasientens nettverk til nettverksterapeutiske samlinger for å løse individets og familiens problemer (Fyrand, 2010). Det utviklet seg etter hvert en rekke familie og nettverksterapeutiske tradisjoner hvor de fleste har sitt kunnskapsgrunnlag i Gregory Bateson og hans kollegaers arbeid med teorien om double-bind. Double-bind beskriver en kommunikasjon, hvor et av medlemmene, utsettes for to motstridende budskap som det ikke kommer unna, og som inneholder en trussel om straff og/eller fravær av kjærlighet. I denne situasjonen er kommunikativ forvirring en mulig respons. Denne teorien fikk stor betydning for utviklingen av familierapeutisk arbeid ved dens grunnleggende forståelse av hvordan kommunikasjon og samspill utvikler seg i en familie, og hvilke betydning dette har for familiens og dens medlemmers psykiske helse og velvære (Karlsson & Borg, 2013).

De ulike familierapeutiske tradisjoner har utviklet seg med basis i kommunikasjon og samspill, og med en klar forståelse av relasjoner, samtaler og språk i familierapi som sentralt for ønsket om forandring. I Norge ble dette arbeidet tatt opp av Per Vaglum og Harriet Holter på 70 -tallet. Per Vaglum var den første psykiater i Europa som skrev vitenskapelige artikler om nettverksterapi og hvor viktig det var å trekke familien og pasientens sosiale nettverk inn som en del av behandlingstilbudet til mennesker med psykiske lidelser ved en psykiatrisk sykehusavdeling. Professor Harriet Holter var sosialpsykolog og har hatt betydning for utviklingen av begrepet sosialt nettverk og nettverksmøter. Hun var opptatt av viktigheten av å mobilisere nettverket i løsningen av en persons eller en families psykologiske og sosiale problemer og skape *”selvbærende sosiale prosesser”* som en del av løsningen. Med dette mente hun prosesser som fortsetter og utvikles også etter at hjelpen er avsluttet (Fyrand, 2005). Arbeidet ble ført videre av blant annet Live Fyrand og Odd Steffen Dalgard, men fikk liten betydning for psykisk helsearbeid (Odin, 2014).

Siden midten av 1980 årene har den familierapeutiske tradisjonen som omtales som dialogbasert familierapi vokst frem. Arbeidene til Andersen (1987), Anderson & Goolishian (1988),

White,(1993), Seikkula (1995), Anderson (1997), Seikkula, (2002) og Seikkula & Arnkil (2007) har vært betydningsfulle i utviklingen av tradisjonen. De har til felles at deres utforskning av dialogbaserte samtaler starter og utvikles i samarbeid med familien (Karlsson & Borg, 2013). Seikkula & Arnkil viderefører dette arbeidet til nettverksmøter som de omtaler som åpne samtaler i nettverksmøter (OD).

2.3. Det teoretiske grunnlaget ved Åpen dialog (OD)

Teorigrunnlaget ved denne studien er ved Jakko Seikkula og hans medarbeidere sitt forskningsarbeid i Nord-Finland. Seikkula har vært sentral i oppbyggingen av familie – og nettverksorientert psykiatrisk hjelpesystem ved Keropudas sykehus i Lappland. Det psykiatriske behandlingsprogrammet som bygger på åpne samtaler (OD), har vært anvendt i Tornio i Finland siden slutten av 1980 årene (Seikkula & Arnkil, 2007). Et viktig element i dette utviklingsarbeidet har vært en systematisk forskningsvirksomhet siden 1988. De fleste studier har vært kvalitative analyser av behandlingsprosessen, men forskningsarbeidet omfatter også kvasieksperimentelle oppfølgingsstudier på visse pasientgrupper. Seikkula hevder at dette har medvirket til en reduksjon, ikke bare i innleggelser og tvangstiltak, men også medisinerer (Seikkula, 2002).

Jeg har gjort fire litteratur søk, og finner flere forskningsartikler som omhandler åpen dialog i nettverksmøter. Studiene er gjort i Vestre Lappland. (Seikkula, 2001, 2003, 2006, 2008, 2011 og Aaltonen et.al; 2011). Søkene mine ble gjort i Embase, Cinahl, psycINFO og Ovid. Søkord: Open dialogue, Networktherapy, Networkmeetings, Open dialogue approach, Schizophrenia, Psychosis, Åpne samtaler.

Jeg hadde fire søk ved hjelp av bibliotekar. To søk i databaser våren 2015. Deretter to søk høsten 2015 for å avdekke andre artikler som ikke fremkom ved første søk. Søk før 1980 anses ikke relevant da Åpen dialog hadde sin utvikling på 1980-tallet. Jeg fikk 156 treff. Etter gjennomgang ble 9 artikler vurdert som relevant for studien. Av disse var noen forskningsartikler og andre var fagartikler som beskriver tilnærmingen.

Jeg fant jeg en review-artikkel fra USA. Gromer (2012) oppsummerer forskning på åpen dialog i nettverksmøter. Review-artikkelen fant 112 potensielt relevante studier av ”Need-Adapted” tilnærming og åpen dialog i nettverksmøter. Av disse satt forskeren igjen med 7 relevante artikler etter gjennomgang og eksklusjonskriterier. Dette er artikler fra 1980 frem til februar 2012.

Databasene det er søkt i er Web of Knowledge, PsycINFO, MEDLINE, Social Services Abstracts, Chinal, Cocherane og Science Citation Index Expanded. Referanselistene til artiklene ble også

gjennomgått for å se om det fantes andre relevante studier som kunne inkluderes i studien. Konklusjonen fra denne artikkelen er at Åpen dialog er minst like god, eller bedre enn tradisjonell behandling. I tillegg tilbys pasientene en mer aktiv rolle i behandlingen.

Jeg har i Bibsys funnet kvalitative masterstudier som omhandler Åpen dialog. Bare en av disse omhandler pasienters perspektiv. Utvalget er voksne pasienter med lettere psykiske lidelser som angst og depresjoner (Olsen, 2012). Jeg fant også: Nettverksmøter som behandlingstilnærming (Sættem, 2008). Jeg finner en doktorgradsavhandling: Brottveit (2013). Åpne samtaler – mer enn ord?

Seikkula & Arnkil (2013) viser til at navnet åpen dialog (OD) ble først brukt i 1995 i beskrivelsen av en behandlingsform rettet mot hele familien og det sosiale nettverket. Dette omfattet to aspekter: For det først var det møtene, der alle berørte personer deltar fra første stund for å vinne ny forståelse gjennom dialog. For det andre dannet tilnærmingen det prinsipielle utgangspunktet for organiseringen av hele det psykiatriske behandlingstilbud i finsk Lappland på en slik måte at dialog var mulig (Seikkula & Arnkil, 2013). Åpen dialog i denne sammenheng betyr samtalen i nettverksmøtet. Denne samtalen foregår mellom pasienten, hans sosiale nettverk og fagpersoner fra det offentlige nettverket. Fokuset er å legge til rette for en dialog mellom de ulike deltakerne, hvor det er rom for å diskutere problemene. Fagpersoner skal skape trygghet og tillit, samt fremme handlekraft hos pasienten og familien. Løsningene på problemene er ikke gitt på forhånd, derfor er det viktig at man kommer frem til en felles forståelse, og klarer å stå i usikkerheten knyttet til dette. Gjennom å bruke tid til å finne løsninger, bidrar man til at familiens psykologiske ressurser utnyttes. I en åpen dialog stiller alle deltakerne likt, og de profesjonelles ”ekspertrolle” faller bort (Seikkula & Arnkil 2007). Seikkula & Arnkil (2013) beskriver dialogen som en grenseoverskridelsens kunst. I stedet for at man prøver å kontrollere hverandre, strekker man ut en hånd og forsøker å lytte til hverandres perspektiver, skape et felles språk og forene ressursene til hver enkelt.

Ut fra forskningen i Finland ble det utledet 7 grunnprinsipper. Dette er prinsipper som ligger til grunn for en dialogbasert behandling. Selv om de fleste undersøkelsene i Finland har lagt vekt på behandling i psykoseproblematikk, påpekes det at de ikke er diagnosespesifikke, men beskriver en helhetlig, nettverksbasert behandling som er spesielt nyttig i kriser (Seikkula & Arnkil, 2013). De 7 grunnprinsippene er: 1. Umiddelbar respons, 2. Involver sosial nettverk, 3. Fleksibel tilpasning til konkrete og vekslende behov, 4. Teamets ansvar, 5. Sikre psykologisk kontinuitet, 6. Toleranse for usikkerhet, 7. Dialogisme. I det følgende kapittel vil jeg kort skissere disse grunnprinsippene.

2.3.1. Grunnprinsipper i åpen dialog

Det første grunnprinsippet handler om umiddelbar hjelp. Prinsippet går ut på å møte mennesker i krise umiddelbart og ikke vente med familiemøter til den psykotiske pasienten roer seg. Umiddelbar respons betyr generelt innen 24 timer. Noe av hensikten med umiddelbar respons er å hindre sykehusinnleggelse i flest mulig tilfeller. Alle også den psykotiske pasienten, deltar i møtene fra første stund, i den mest intense psykotiske fasen (Seikkula & Arnkil, 2013).

Inkludere det sosiale nettverket er det neste prinsippet. Det går ut på å invitere familie og andre viktige personer i pasientens sosiale nettverk til de første møtene i en psykisk krise for å mobilisere støtte til pasienten og familien. Andre viktige personer kan være representanter for andre instanser, for eksempel offentlige arbeidskontorer, kollegaer eller overordnet på jobben, naboer eller venner (Seikkula & Arnkil, 2013).

Fleksibel tilpasning til konkrete og vekslende behov er neste prinsipp. Når behandlingsresponsen tilpasses klientens konkrete og vekslende behov og man velger den behandlingen som egner seg best i hvert enkelt tilfelle, så sikres fleksibilitet. Hver pasient behandles på den måten som er mest i tråd med pasientens egen språkføring, livsførsel, muligheter til å bruke konkrete behandlingsmetoder, og varigheten av behandlingen er tilpasset det aktuelle problemet. Dette grunnprinsippet omhandler også fleksibilitet for hvor man møtes og hvor ofte (Seikkula & Arnkil, 2013).

Teamets ansvar er neste prinsipp og betyr at den som kontaktes i en krise, har ansvar for å organisere det første møtet og kalle inn teamet. Teamet som kaller inn til første møte, har et overordnet ansvar for å analysere problemet her og nå og planlegge det videre behandlingsforløpet. Alt som skal til for å sette sammen en skikkelig respons befinner seg i dette rommet, det er ingen andre instanser andre steder som vet bedre hva som skal gjøres. Dette betyr at teamet må innhente den informasjonen som er nødvendig for å treffe gode beslutninger (Seikkula & Arnkil, 2013).

Sikre psykologisk kontinuitet er et prinsipp og betyr at teamet tar ansvar for behandlingen så lenge det er behov for det, både på sykehuset og i poliklinikken. Det er den beste måten å sikre kontinuitet på fra aller første møte, og bær følges opp gjennom hele behandlingsopplegget. Psykologisk kontinuitet sikres blant annet ved å trekke inn ulike behandlingsmetoder i en felles behandlingsprosess slik at metodene ikke konkurrerer, men støtter opp mot hverandre. Representanter fra pasientens sosiale nettverk deltar i behandlingsmøtene gjennom hele behandlingsforløpet, også når det settes inn andre behandlingsmetoder (Seikkula & Arnkil, 2013).

Å tåle usikkerhet er et prinsipp og betyr at fagpersoners oppgave er å øke tryggheten, slik at pasienten og det sosiale nettverket kan tåle usikkerheten ved at det ikke finnes ferdigløsninger på det presserende behovet. Målet er å mobilisere psykologiske ressurser hos både pasienten og nettverket og styrke evnen til å styre sine egne liv. Først og fremst skal de selv sette ord på sine opplevelser, en prosess som styrkes gjennom tillit til fellesprosessen. I en krise må man møtes hver dag de første ti til tolv dagene etter dette arrangeres det møter i tråd med familiens ønske (Seikkula & Arnkil, 2007).

Det siste prinsippet heter dialogisme og her er det viktigste å legge til rette for en dialog, deretter skape endring hos pasienten eller familien. Dialogen er et forum der familien og pasienten kan gå inn som handlende aktører i sitt eget liv og drøfte problemene de har. Ny forståelse forutsetter samtale i form av dialog. Fagpersonenes oppgave er å invitere til nye perspektiver og skape tillit og trygghet (Seikkula & Arnkil, 2013). Forfatterne mener det er en forskjell mellom dialog og dialogisme. Jeg vil i neste kapittel beskrive denne forskjellen.

2.4. Dialog

Ordet dialog har mange definisjoner, og jeg vil i det følgende beskrive hva jeg legger i dette begrepet. Dialog er sammensatt av det greske "dia" som betyr "gjennom" og "logos" som betyr "ord", "tale", eller "fornuft". En dialog er en samtale mellom to eller flere personer preget av gjensidig velvilje, åpenhet og samarbeid. Videre er dialogen en samtale der man sammen strekker seg mot et felles mål, og er et felles prosjekt der deltakerne skaper noe sammen. Det som skapes kan være en bedre forståelse, helt nye innsikter, eller noe annet man går sammen om. For at noe nytt skal oppstå, kreves åpenhet. Den som går til en dialog, gjør det med visshet om at utfallet er åpent, og er villig til å la det uventede skje (Svare, 2006). Dialogen inneholder et mangfold av stemmer. Den åpner opp for at mine erfaringer kan møte andres erfaringer, og at mitt perspektiv kan utvides eller endres i møtet med andres. Dialogen innebærer at mine ord – ordene jeg tenker med – møter andres ord (Svare, 2006). Seikkula er også opptatt av gjensidigheten i dialogen og beskriver dialogen som en "gjensidig handling" og ved å fokusere på dialog som en form for psykoterapi endres terapeutens posisjon fra å være intervenerende til å være deltager i gjensidig prosess med utsagn og respons. Et av grunnprinsippene utledet av forskningen i Finland er dialogisme. Med dette har Seikkula & Arnkil (2007) utvidet begrepet dialog til dialogisme, og det påpekes viktigheten å se forskjellen mellom dialog og dialogisme. Dialog henviser til kommunikasjon mellom mennesker, mens dialogisme er en spesifikk epistemologi, en livsanskuelse. Det er en holdning til livet der en dialogisk relasjon er utgangspunktet (Seikkula & Arnkil, 2007). Det vises også til at dialogismen

ikke er en metode eller teknikk, men en innstilling som bunner i anerkjennelse og respekt og at man strekker ut en hånd mot – den Andres annerledeshet (Seikkula & Arnkil, 2013).

2.4.1. Polyfoni

Seikkula ble inspirert av den russiske litteraturforskeren Mikhail Bakhtin (1895-1975) og det han har skrevet om polyfoni (Seikkula & Arnkil, 2007). Når det er mange stemmer tilstede i et møte vil man i et polyfont møte oppleve at alles posisjon endres radikalt. Den eneste veien videre er å få deltakerne til å gå i dialog med hverandre, og i en slik polyfoni kan ingen stemmer tillegges større vekt enn andre. Dette er fundamentet, den dialogiske praksisens grunnlag – uforbeholden anerkjennelse av den Andre. Meninger skapes og omformes fra respons til respons. Jo flere stemmer som innlemmes i en ”polyfon” dialog, desto større er mulighetene for ny forståelse (Seikkula & Arnkil, 2007, 2013). Svare (2006), viser til Seikkula som utvidet ideen om flerstemt sannhet i sitt arbeid med psykiske lidelser. En bærende tanker hos Seikkula er at en psykisk lidelse ikke kan behandles ved at man bare konsentrerer seg om pasienten og symptomer. Pasientens sosiale nettverk, og særlig familien, må trekkes inn som aktive deltakere og ressurser i behandlingen. Det er om å gjøre å skape en dialog der alle får delta, alle må få komme til orde. Jo bedre hver enkelt deltaker kommer til orde, desto bedre blir bildet man får av situasjonen. Den flerstemte sannheten, er en dialogisk sannhet. Den fremkommer i en åpen, inkluderende dialog (Svare, 2006).

2.4.2. Reflekterende prosesser

Andersen (2005) er opphavsmann til begrepet reflekterende prosesser og sier følgende om dette:

The principle is simple: when the listening team receives the story that the family want them to hear, the team members usually become moved by the story. What happens with them when they got moved, f. i. having an idea or an emotion, is given back to the family, the story touched the listener and the listener returns what happened to her or him (Andersen, 2005, s.13).

Å lytte og å være mottagelig for pasienten og nettverkets budskap er det sentrale utgangspunktet for arbeidet. I refleksjonen er det et mål og anerkjenne det som er sagt, gi deltakerne positive tilbakemeldinger og ikke fokuserer på det negative. Reflekterende prosesser er i hovedsak et skifte mellom indre og ytre samtaler. De ytre samtaler føres med de, man er sammen med, og de indre med en selv eller med andre som man har i tankene (Andersen, 2005). Den som reflekterer, kommenterer temaer fra samtalen som han ble opptatt av eller berørt av, hvilke tanker han fikk om den som fortalte sin historie, og hva dette minner om i hans eget liv. Refleksjoner skal være korte, da de ikke skal konkurrere med det som er hovedsaken i samtalen. Hele tiden bør man ha i tankene og stille seg spørsmål om dette er nyttig for deltakerne. En ønsket effekt er at de som har det vanskelig, skal

oppleve at det de strever med blir alminneliggjort (Vigrestad & Hellandshølen, 2012). Slik jeg kjenner til reflekterende prosesser benyttes det i nettverksmøtet med åpen dialog. Her er det som regel møtelederne som sier noe om hva de har tenkt på mens de har lyttet til samtalen. I følge Seikkula snakker de som reflekterer høyt om sine observasjoner og sine antagelser og det de håper på, er å få frem så mange forskjellige og motstridende observasjoner som mulig (Seikkula, 2000). For at refleksjonene skal kunne bidra til utvikling og hjelp bør de ikke være for like eller ulike, men passe forskjellig fra møtedeltakernes egne tanker og opplevelser. Hvis refleksjonene er for like eller ulike, blir det for liten eller for stor avstand til det som er sagt, og da vil de mest sannsynlig ha små sjanser for å bli tatt imot og bidra til en videre utvikling hos deltakerne (Eliassen & Seikkula, 2006).

2.4.3. Monologisk dialog og dialogisk dialog

Dialog skiller seg fra monolog på flere måter. Enkelt kan man si at monolog passiviserer den andre. Rent mellommenneskelig handler monologen om å bringe den andre til taushet. Dette enten ved å dominere eller ved å kontrollere forklaringsmodellene. I et nettverksmøte vil dette komme til uttrykk ved at dominerende medlemmer av nettverket forsøker å presse sin oppfatning av situasjonen på de andre. Vanligvis vil flere konkurrerende synspunkter forsøke å dominere situasjonen. Det kan forekomme dialogiske utsagn, men de utgjør ikke noen samtale og kalles monologisk dialog. Ingen responderer eller lytter til de andre og hver enkelt individ tviholder på sin oppfatning. En dialogisk dialog sikres ved at man forsøker å respondere på en måte som gjør at alle deltakerne i samtalen får uttrykke sine bekymringer. Alle utsagn tilpasses det som er sagt tidligere, og skaper muligheter for nye erfaringer. I en dialog danner ordene grunnlaget for ny, felles forståelse (Seikkula & Arnkil, 2007).

2.4.4. Ikke vitende posisjon

Anderson og Goolishian fremhever betydningen av at for å fremme dialogen i et møte er det viktig at møtelederen inntar en ikke vitende posisjon (Anderson, 2003). Dette betyr ikke at den som er møteleder eller fagperson er uvitende, men at en aktivt lytter til det som hovedpersonen forteller med ord, kroppsspråk, mimikk, øyekontakt og holdninger. Videre stiller utdypende spørsmål til det som blir sagt for å utforske hvilke tanker og følelser den som forteller har. Med en ikke vitende holdning skal man ikke handle ut fra antakelser og meninger om situasjonen. Hvordan møteledere og fagpersoner forholder seg til de øvrige deltakerne i samtalen, har avgjørende betydning for dialogen og for om en klarer å skape en samarbeidende og likeverdig relasjon. Denne holdningen skal bidra til at alles stemme kommer til orde og unngå en ovenfra og nedad holdning. Ikke vitende posisjon er ikke en metode med en egen teknikk eller prosedyre, men mer en tilnærming og en holdning som

beskriver en måte og tenke på og forholde seg til andre på. (Vigrestad & Hellandshølen, 2012). Seikkula er opptatt av det samme når han understreker at de ikke betrakter dialogismen som en metode eller en teknikk. Han mener at dialogen er en helt grunnleggende form for mellommenneskelig kontakt, og det gjennom denne kontakten vi konstruerer oss selv som mennesker (Seikkula & Arnkil, 2013).

2.5. Nettverksmøte

Nettverksmøte kan forstås på ulike måter og det finnes ulike definisjoner på begrepet nettverksmøte. Som beskrevet i kapittel 2.2 har nettverksmøter sine røtter i familiebehandling. Fra 1950-tallet ble familierettet behandling og terapi utviklet og etter hvert implementert som en del av helse og sosial sektorens metoder. Familienettverket ble trukket inn i behandlingen for å forklare symptomene hos et familiemedlem og for å løse problemet. Dette var en viktig endring av perspektivet fra det enkelte individ til et relasjonsperspektiv, og som ble ytterligere utvidet ved nettverksintervensjonene på 1960 tallet (Fyrand, 2010). I det følgende vil jeg beskrive nettverksmøte og nettverksterapi, åpen dialog i nettverksmøter og tilslutt nettverksmøte og andre samarbeidsmøter innenfor sosial og helsetjenesten.

2.5.1. Nettverksmøte og nettverksterapi

Fyrand viser til at nettverksterapi og nettverksmøter er to hovedretninger som gradvis har nærmet seg hverandre. Nettverksmøter avgrenser seg tradisjonelt fra nettverksterapi, hvor nettverksterapi beskrives som mer prosessorientert enn nettverksmøter grunnet problemets art og alvorlighetsgrad. Problemet som det sosiale nettverket samles om i nettverksmøter, er ofte mer konkret, har klare grenser, er mer oppgaveorientert, mindre psykologisk orientert og mer preget av forhandlinger enn nettverksterapi. Nettverksterapi er i større grad rettet mot mer akutte psykologiske og relasjonelle kriser. Prosessorienterte møter anvendes for å løse denne type problemer. Det vises til at nettverksterapi ikke lenger er så forskjellig fra nettverksmøter. Hvor terapeutisk et møte utvikles til å bli, avhenger av problemets art og hvor akutt det er (Fyrand, 2010).

2.5.2. Åpen dialog i nettverksmøte

I denne oppgaven er begrepet nettverksmøte samtaler mellom pasienten, hans sosiale nettverk og det profesjonelle nettverket. Nettverksmøter bygger på en holdning om aktiv brukermedvirkning, der pasienten selv har et klart medansvar. Videre bygger nettverksmøter på det grunnsynet at pasienten, det sosiale nettverket og det profesjonelle nettverket har vær sin særegne kompetanse, noe som innebærer at metoden bygger på et møte og en dialog mellom disse tre kompetansesystemene. (Fyrand, 2010). Pasienten kjenner problemet fra innsiden, da det er han som er problemets bærer.

Det sosiale nettverket har kunnskap og kjennskap til pasientens liv og de profesjonelle hjelperne har i hovedsak en kunnskapsbasert kompetanse. På den måten er nettverksmøter en intervensjonsmetode som tilrettelegger for alle tre kompetansesystemene samtidig kan få en felles forståelse av problemet og pasientens livssituasjon, samt utgangspunkt for å finne adekvate og bærbare løsninger (Fyrand, 2010).

Seikkula viser til at ”grensens terapi” er uttrykket som beskriver hvordan dialogen – en åpen interaksjon mellom disse ulike kompetansesystemene – bygger ned sine fastlåste og gjensidige sosiale konstruksjoner av hverandre. Det er nettopp på grensen mellom de ulike systemene at deres respektive meninger og oppfatninger møtes og brynes mot hverandre på nettverksmøtet (Seikkula, 2000). Målet i nettverksmøter er åpne opp for en felles forståelse på tvers av grensesystemene slik at det kan utvikles felles oppfatninger og meninger (Seikkula, 2000). Vigrestad & Hellandshølen (2012) beskriver at nettverksmøtet utgjør en samling av ressurser som sammen skaper mulighet for forandring. Noe av intensjonen med nettverksmøter er å fokusere på, forløse og bidra til å styrke den enkeltes ressurser og selvhelbredende krefter. Deres erfaring med nettverksmøter er at det er en arbeidsform, der nettverket, hovedpersonen og de profesjonelle deltar med likeverdighet, støtter disse prosessene på en positiv måte. Målet med nettverksmøtet er først og fremst å skape dialog i nettverket. I en god dialog ligger kimen til ny forståelse som kan gi grunnlag for nye tanker, nye følelser og nye handlinger (Vigrestad & Hellandshølen, 2012).

2.5.3. Nettverksmøte og andre samarbeidsmøter

Nettverksmøter kjennetegnes ytre sett ved fagpersoner møter pasienten og deler av hans nettverk, både det private og det offentlige. Det er ikke noe nytt at man innenfor all behandling har møter med det private og offentlige nettverket. Og jeg finner det riktig å poengtere forskjellen mellom tradisjonelle samarbeidsmøter og nettverksmøter slik vi praktiserer det på lukket psykiatrisk avdeling. Tradisjonelle samarbeidsmøter er stort sett problem – og løsningsorienterte og har en gitt agenda, ofte i form av en sakliste. Det handler i stor grad om å fordele ansvar og koordinere tjenester og tiltak. Det er i disse møtene vanligvis ikke så stort fokus på relasjonen pasienten har til nettverket sitt. Hvem som deltar i møtene avhenger av problemstilling og fagpersoner er som regel i flertall (Vigrestad & Hellandshølen, 2012). Slik jeg kjenner til samarbeidsmøter på en lukket psykiatrisk avdeling hender det også at pasienten ikke er med på møtene. Enten fordi pasienten selv ikke vil eller fordi man vurderer at pasienten er for syk til å delta. Åpen dialog i nettverksmøter innebærer en forskjell til dette ved at pasientene selv inviterer til et møte med sitt sosiale nettverk. De bestemmer hvem som skal inviteres og hvordan det skal inviteres. Det er ingen agenda for møtet,

det snakkes om det som pasienten og nettverket er opptatt av å snakke om. Rollen som fagperson her er å stimulere dialogen, følge prosessen og bidra med fagkunnskap ut fra hva som etterspørres i møtet.

2.6. Åpen dialog ”Bak lukkede dører”

Tittelen på denne studien heter åpen dialog bak lukkede dører. Jeg vil si noe om hva jeg legger i denne tittelen. ”Lukkede dører” på en avdeling innenfor spesialisthelsetjenesten innebærer at avdelingen har låste dører. Ingen slipper inn eller kan forlate avdelingen uten at man har nøkkel til å låse opp dørene. Avdeling har et stort fokus på struktur og sikkerhet, og de ansatte bærer alarmer. Det er mulighet for å skjerme pasientene på egen skjermingsenhet hvis vilkår for skjerming er tilstede. Beltelegging og tvangsmedisinering forekommer når dette blir vurdert som nødvendig. Pasientene på denne avdelingen utredes og behandles for psykoselidelse ofte i kombinasjon med vold og rusproblematikk. Pasientene behandles i all hovedsak innenfor rammen av tvungen psykisk helsevern, noe som innebærer innskrenkning av personlig frihet. En tvangsinnleggelse har også emosjonelle aspekter ved seg. Pasienten mister bestemmelsesretten over seg selv og sitt eget liv, og vil derfor kunne oppleves svært involverende og krenkende. En tvangsinnleggelse kan også medføre store belastninger for pårørende som kanskje har vært de som har tatt initiativ til innleggelsen. Før det har kommet så langt som til tvangsinnleggelse har ofte pårørende være gjennom en vanskelig prosess hvor de kan ha følt seg overlatt til seg selv med hovedansvaret for den som har den alvorlige psykiske lidelsen. I mange tilfeller kan dette ha medført at det er store konflikter mellom pasient og pårørende.

Bak ”lukkede dører” hvor de med en alvorlig psykisk lidelse befinner seg, er det innført et tilbud til alle pasienter om åpen dialog i nettverksmøter. Tilbudet hadde sin spede start høsten 2010 og spenningen var stor da det første nettverksmøte med åpen dialog ble gjennomført. Den første pasienten som takket ja til tilbudet hadde vært innlagt et år på denne avdelingen, og hadde hatt mange tidligere tvangs innleggelser på psykiatrisk avdeling. Diagnostisert med en alvorlig psykisk lidelse i kombinasjon med ruslidelse. I denne saken hadde pårørende i stor grad trukket seg tilbake fra kontakten med pasienten. Når de av og til var på besøk ble pasienten ofte møtt med kritiske kommentarer. Fortvilelsen var stor både hos pasienten, pårørende og miljøpersonalet. Denne pasienten inviterte sine foreldre og sin tvillingsøster til sitt første nettverksmøte. På slutten av dette møtet sa pårørende: *”Hvorfor har vi ikke fått dette før?”* Det ble gjennomført 8 nettverksmøter for denne pasienten. Det siste møtet ble avholdt etter utskrivelsen fordi pasient og pårørende ønsket å fortsette med nettverksmøtene etter utskrivelse, og for å få til en overgang med det profesjonelle

hjelpeapparatet utenfor avdelingen. Det hører med til historien at denne pasienten ikke har vært tvangsinnlagt på lukket psykiatrisk avdeling igjen.

Fra den spede start har det utviklet seg en struktur rundt dette tilbudet ved avdelingen. For å sikre at alle pasientene får dette tilbudet er det nedfelt en prosedyre for Åpen dialog i nettverksmøte. Det er nedfelt i avdelingens handlingsplan at alle pasienter skal få tilbud om åpen dialog i nettverksmøter uavhengig av diagnose og psykiske tilstand. Det er ikke de ”profesjonelle” som bestemmer eller vurderer hvem som skal få tilbudet. Det er pasientens primærkontakter som har samtale med pasienten om han/hennes nettverk. De tegner nettverkskart sammen med pasienten og gjerne spør: ”hvis du skulle ha et møte med nettverket ditt, hvem ville du da ha invitert? Ut fra dette planlegges nettverksmøtet sammen med pasienten. Seikkula & Arnkil (2007) viser også til at en persons sosiale nettverk bør defineres på en enklest mulig måte. Ved å spørre: 1) Hvem kjenner til situasjonen og uttrykt bekymring? 2) Hvem kan være til hjelp og har også anledning til å være med på det første møtet? 3) Hvem bør invitere dem, den som tok kontakt med det offentlige, eller behandlingsteamet? Videre bestemmer pasienten så hvordan det skal inviteres og her er det flere varianter. Pasienten vil ta ansvaret selv, eller vil at personalet skal hjelpe til med og ta kontakten med nettverket. Det forekommer også at pasienten vil skrive en invitasjon og at personalet hjelper til med dette.

Nettverksmøtet ledes av i de fleste tilfellene av to møteledere som har kompetanse på å lede nettverksmøter. Å være to til å lede er bedre enn å være alene, da to ser mer enn en. Når man er to, kan man utfylle og hjelpe hverandre til bedre å ivareta alle deltakerne enn om man er alene. Vigrestad & Hellandshølen (2012) viser også til at når man er to er det lettere å ha oversikt over hva som skjer, kunne stimulerer prosessen og følge opp det som kommer opp i samtalen på en hensiktsmessig måte. Det er også fint å være to når man skal reflektere over det man har hørt. Når man reflekterer, snakker man høyt sammen om sine opplevelser av det som er sagt og det som har skjedd i møtet. I refleksjonene er det et mål og anerkjenne det som er sagt, gi deltakerne positive tilbakemeldinger og ikke fokusere på det negative (Andersen, 2005). I tillegg til dette har man ved å være to noen å evaluere samtalen og sin egen medvirkning med i etterkant. (Olson, Seikkula & Ziedonis, 2014) viser også til at det må være to eller flere ledere i nettverksmøtene, hvor den ene møtelederen snakker og den andre har en mer lyttende og reflekterende posisjon.

I tillegg til det sosiale nettverket, eventuelt andre samarbeidspartnere fra det offentlige nettverket er pasientens behandler og primærkontakt deltakere i nettverksmøtet. Det legges vekt på at det er de samme deltakerne fra behandlingsteamet og de samme møtelederne på alle nettverksmøtene. Dette for å sikre den psykologiske kontinuiteten som er et av grunnprinsippene i forskningen (Seikkula,

2007). Et annet prinsipp som ble utledet av forskningen er fleksibilitet. Hvordan kan man ivareta fleksibilitet ”bak lukkede dører”? Jeg tenker at dette ivaretas ved at man er fleksibel på hvor mange og hvor ofte man skal ha nettverksmøter, det bestemmes av deltakerne i nettverksmøtet. De aller fleste nettverksmøtene foregår på avdelingen. Når det er mulig arrangerer vi nettverksmøtene i pasientens hjem.

Utvikling av Åpen dialog ”bak lukkede dører” har også bydd på utfordringer. Utfordringer først og fremst i form av motstand fra pasientene mot å ha møtene. Mange av pasientene på denne avdelingen har paranoide vrangforestillinger, er psykotiske med syn- og hørsels hallusinasjoner, maniske eller preget av negative symptomer i form av tilbaketrekking. Av den grunn kan det ta tid før møtene kommer i gang. Når nettverksmøtet blir introdusert responderer de ved at de ikke vil ha møte med nettverket sitt. Noen forklarer det ved at de ikke har noe nettverk, eller de har en oppfatning av at nettverket vil dem vondt. Andre begrunner det ved at de ikke vil bry sitt sosial nettverk ved at de må stille opp på møter. Nettverket har nok med sitt og det har vært for mange problemer underveis i sykehistorien til at de vil be dem om å delta på møter. Når vi har som mål at dette er pasientens møte kommer det i konflikt med at vi bestemmer at det skal være et møte. Av den grunn kan det ta tid før nettverksmøtene kommer i gang.

2.7. Åpen dialog i nettverksmøter i andre miljøer og kontekster

I Norge er det drevet med nettverksarbeid flere steder. Seikkula samarbeidet i mange år med psykiater Tom Andersen ved Universitetet i Tromsø. De har begge vært sentrale i utbredelsen og utviklingen av åpen dialog i nettverksmøter. Ved psykiatrisk senter for Tromsø og omegn jobber de relasjons- nettverksorientert også i dag (Vigrestad & Hellandshølen, 2012).

I Valdres ble det i 1997 etablert et forprosjekt som etter vært utviklet seg til Valdresprosjektet 1, (1999-2001). Målet var å prøve ut nettverksmøtet som alternativ behandling av psykiske lidelser. Valdresprosjektet 11 (2001-2002) var et kompetanseutviklingsprosjekt i samarbeid med Fylkesmannen i Oppland og Utdanningsdepartementet. Målet var at flere ansatte ved DPS og i kommunene skulle få kompetanse til å ta i bruk nettverksmøter i egen praksis (Vigrestad & Hellandshølen, 2012). Fagmiljøet i Valdres har utarbeidet en håndbok – ODIN- Opne dialoger i nettverksmøter. En modell for samhandlende tjenester til personer med rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser (Odin, 2014).

Akershus universitetssykehus HF ved Avdeling DPS har siden 2008 arbeidet for å tilby åpen dialog i nettverksmøter til brukere i opptaksområdet Avdeling spesialpsykiatri har utviklet dette tilbudet fra

2010, og er et etablert tilbud til alle pasienter som innlegges på en lukket psykiatrisk avdelingen. Kommunene på Romerike og Ahus arbeider sammen med å videreføre utviklingen av Åpen dialog i nettverksmøter (Heskestad & Rosengren, 2012).

På Sørlandet er det et stort miljø både i kommuner og ved Sykehuset Sørlandet HF som i flere år har jobbet med åpne samtaler, både for barn og unge, og for voksne. Det er også miljøer på Jæren, i Molde, Bergen og i Follo (Vigrestad & Hellandshølen, 2012).

Det er igangsatt arbeid basert på åpen dialog tilnærmingen i de andre nordiske landene. Heskestad og Rosengren (2012) viser til at fagmiljøer i Norge, Danmark og Sverige har overveiende positive erfaringer med denne tilnærmingen (Andreassen 2001, 2004, 2006; Berg & Oppigård 2009; Brottveit 2002; Bøe, Forsberg & Wallmark 1998; Hald & Hoven 2009; Holloway, Sørensen & Dalgard (2009); Sjømæling & Vatne 2009; Sættem 2008; Thylstrup 2009; Vange m.fl. 2009).

I Danmark er det utarbeidet en metodekatalog: Orion – ”Fra verdier til hverdag”. Metodekatalogen har fokus på de metoder som anvendes i det individuelle samarbeidet mellom bruker og medarbeider i Orion, et område i Nord Sjælland i Danmark (Orion, 2014).

3.0. Metodologi

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for mine metodologiske valg i studien. Første del beskriver den vitenskapsteoretiske forankringen studien bygger på. Deretter gjør jeg rede for hvordan datainnsamlingen har foregått, utvalget i studien og deretter analyseprosessen. Jeg vil også drøfte validitet og reliabilitet. Tilslutt redegjør jeg for mine etiske refleksjoner over studien.

3.1. Vitenskapsteoretisk forankring

Denne studien har som hovedmålsetting å få kunnskap om pasienters og pårørendes opplevelse av åpen dialog i nettverksmøter på en lukket psykiatrisk avdeling. Studien har et eksplorativt og deskriptivt design. Studien er forankret innenfor en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. På denne bakgrunnen er kvalitativ forskningsmetode valgt. Malterud (2011) viser til at kvalitative metoder er forskningsstrategier for beskrivelser og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres. Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Teoriene omfatter et bredt spekter av strategier for systematisk innsamling, organisering og tolkning av tekstlig materiale fra samtale, observasjon eller skriftlig kildemateriale (Malterud, 2011). Thagaard (2013) viser til at karakteristisk for kvalitativ forskning er at man søker en forståelse av sosiale fenomener, enten ved nær relasjon til deltakere i felten gjennom intervju eller observasjon, eller ved analyse av tekster eller visuelle uttrykksformer.

3.1.1. Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming

Kvale og Brinkmann (2015) viser til at når det gjelder kvalitativ forskning, er fenomenologi et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver. Beskrive verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelse at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter. Dette omfatter menneskets livsverden. Livsverden er verden slik vi møter den i dagliglivet, og slik den fremtrer i den umiddelbare opplevelse, uavhengig av og forut for alle forklaringer (Kvale & Brinkmann, 2015).

Ved en hermeneutisk tilnærming er man opptatt av fortolkning av tekster. Kvale og Brinkmann (2015) viser til at hermeneutisk fortolkning søker å nå frem til gyldige fortolkninger av en teksts mening. Gadamer regnes som den mest sentrale hermeneutiske teoretiker i vår tid. Et sentralt grunntrekk i Gadamers hermeneutikk er begrepet forståelse, som forutsetter for-forståelse og for-dommer. Han mente at menneske ikke kan fri seg helt fra kontekst, at det alltid vil ha en forventning eller en forståelse på forhånd av det som skal forstås. Tanken om at mennesket har en tilbøyelighet

til å søke mening med livet er sentral. Et annet grunntrekk i Gadammers hermeneutikk er den hermeneutiske sirkel: del-helhet, helhet-del. Helheten skjønnes ut fra delene og delene skjønnes ut fra helheten (Kvarv, 2010).

Malterud (2011) viser til at i kvalitative studier gjør man bruk av både beskrivelser og tolkninger fordi det ikke går an og bruke det ene uten å bruke det andre. Enhver beskrivelse er farget av tolkninger, og enhver tolkning bygger på beskrivelser. Beskrivelser og tolkninger går altså hånd i hånd (Malterud, 2011).

Sett i lys av dette er studien forankret i en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Jeg vil gjøre en analyse av tekstmaterialet fra pasienter og pårørende om deres opplevelse og erfaring med Åpen dialog i nettverksmøter. Jeg skal beskrive tekstene så lojalt som mulig. I den første fasen av analysen vil jeg vektlegge et fenomenologisk perspektiv. Jeg har valgt en analyse modell som kalles SDI: stegvis – induktiv deduktiv metode, hvor jeg i analysens siste steg vil la det teoretiske ta mer styring. Samtidig vil dette være en sirkulær prosess ved at jeg må frem og tilbake mellom stegne i modellen. Dette sammenfaller med den hermeneutiske spiral hvor man ser delene ut fra helheten og helheten ut fra delene. På denne måten vil den fenomenologiske-hermeneutiske tilnærming komme til uttrykk gjennom hele studien.

3.2. Metode for dataskaping

Thagaard (2009) viser til at ved valg av metode er det viktig å ha kjennskap til feltet som skal studeres. Det stilles særlig krav til åpenhet og fleksibilitet. Tjora (2012) sier at det viktig å ha nærhet til dem det forskes på, en åpen interaksjon mellom forsker og informant og en induktiv, eksplorerende og empiridrevet fremgangsmåte. Malterud (2011) viser til at i den kvalitative forskningstradisjonen finnes det mange veier til kunnskap, veier som på hver sin måte representerer kunnskap med ulike nyanser. Forskeren skal velge veier som gir mest mulig relevante data med optimal relevans og validitet. Jeg har kjennskap til feltet som skal studeres ved at jeg har vært med å utvikle Åpen dialog i nettverksmøter på en lukket psykiatrisk avdeling. I tillegg har jeg ledet de aller fleste nettverksmøtene på avdelingen. Jeg har fått tekster fra pasienter og pårørende som har vært deltakere i Åpen dialog i nettverksmøter. For å få svar på forskningsspørsmålet i denne studien skal jeg gjøre en analyse av tekstene.

3.2.1. Tekstanalyse

Malterud (2011) viser til at analyse av kvalitative data består i å stille spørsmål til materialet, lese og organisere data i lys av dette, gjenfortelle svarene på en systematisk, forståelig og relevant måte. Analysen skal bygge bro mellom data og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet. Tjora (2012) viser til at den kvalitative analysen har som mål å gjøre det mulig for en leser av forskningen å få økt kunnskap om saken det forskes på, uten selv å gå gjennom data som er generert. Kvale & Brinkmann (2015) viser til at å analysere betyr og dele opp noe i biter eller elementer.

3.3. Gjennomføring av dataskaping

3.3.1. Forberedelse til dataskaping

Åpen dialog i nettverksmøter ble innført høsten 2010 på en lukket psykiatrisk avdeling innenfor spesialisthelsetjenesten. I min stilling som fagutviklingssykepleier har jeg hatt en aktiv rolle i utviklingen av denne tilnærmingen på avdelingen. Det har vært utfordrende å innføre en ny tilnærming i en etablert praksis. I tillegg har det vært utfordrende at pasientene i denne konteksten i stor grad har motstand mot å involvere sitt sosiale nettverk. Allikevel har det på disse fem årene blitt gjennomført mange nettverksmøter på avdelingen.

Møtene bærer ofte preg av at de ”gjør en forskjell” for de som har vært deltakere i møtene, både for pasienter, pårørende, og representanter fra det offentlige nettverket. Dette gjorde meg nysgjerrig på hvordan møtene oppleves av deltakerne. Med dette som bakgrunn inviterte jeg møtedeltakerne til å gi skriftlige tilbakemeldinger på deres opplevelse av nettverksmøtene. Det ble lagt vekt på at dette var helt frivillig. Spørsmålet ble stilt etter det siste nettverksmøte pasientene hadde før utskrivelse fra avdelingen. Etter dette var jeg spent på om jeg ville få noen svar. Det har kommet skriftlige tilbakemeldinger fra 5 pasienter og 6 pårørende. Noen har skrevet flere sider mens andre har skrevet bare noen få linjer. Noen har skrevet for hånd og levert til meg, mens de aller fleste har sendt tilbakemeldingene på mail. I forholdt til personvern tar jeg dette opp i kapittel 3.9. Da jeg begynte på masterstudie ble det aktuelt for meg å benytte de skriftlige tekstene fra pasienter og pårørende i min masteroppgave. I denne studien vil jeg gjøre en analyse av de skriftlige tekstene jeg har fått fra pasienter og pårørende om deres opplevelse av Åpen dialog i nettverksmøte.

3.3.2. Utvelgelse og rekruttering av informanter

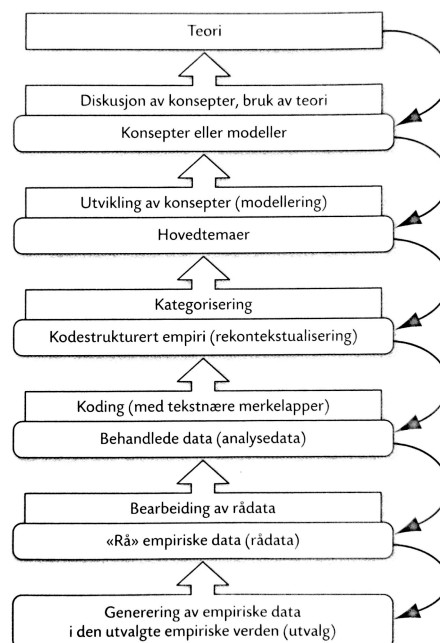
Åpen dialog i nettverksmøter er innført som tilbud til alle pasienter på en lukket psykiatrisk avdelingen. Utviklingen av dette tilbudet ble forankret i et prosjekt. I denne prosjektperioden (2011-

2012) ble pasienter og pårørende invitert til å skrive ned sine erfaringer og opplevelser av denne tilnærmingen. Utvalget i studien er pasienter og pårørende som har vært deltakere i nettverksmøter, og som har valgt å gi skriftlig tilbakemelding. I denne prosjektperioden gjennomførte vi 38 nettverksmøter fordelt på 9 pasienter. Antall pårørende var 18. Det var 5 pasienter og 6 pårørende som valgt å gi meg skriftlige tilbakemeldinger.

3.4. Metoder for dataanalysen

I denne studien har jeg valgt å følge en trinnvis modell som Tjora (2012) introduserer som en stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI). I denne metoden arbeider man i etapper fra data til konsepter eller teorier. Den ”oppadgående” prosessen oppfattes som induktiv fordi man jobber fra data mot teori. De ”nedadgående” tilbakekoblingene oppfattes som deduktive, det vil si at man sjekker fra det mer teoretiske til det mer empiriske. Innenfor forskningstradisjonen ”Grounded Theory” (GT) blir denne tilbakekoblingen kalt for ”theoretical sampling” som betyr at man i konseptutviklingen finner behov for mer empiri for å komme videre. Tjora (2012) viser til at denne prosessen kan bli oppfattet som en lineær fremgangsmåte, noe den ikke er. Den kan heller betraktes som en sirkulær prosess som går etappevis. Dette for å støtte opp om systematikken i forskningen. Tjora (2012) viser til at man i praksis vil kunne være på ulike stadier i SDI - modellen samtidig. Modellen er utviklet med et ideal om å ta ut potensialet i den empirien som er generert, noe som forutsetter en samvittighetsfull empiri nær førstefase i analysen.

Figur 1: Stegvis-deduktiv induktiv modell SDI. Tjora (2012).



3.5. Gjennomføring av dataanalyse

3.5.1. Steg 1

Første steg i SDI modellen kalles for generering av empiriske data (fig.1). I denne studien har jeg fått tekstmateriale fra pasienter og pårørende om deres opplevelse av åpen dialog i nettverksmøter. Dette har jeg tidligere beskrevet hvordan har foregått i kapitel 3.2.1.

3.5.2. Steg 2

Steg to i modellen består i å bearbeide data. Dette omhandler transkripsjon av materialet. Tjora (2012) viser til at i tillegg til transkribering handler databearbeiding om reinskriving av utdrag fra feltdagbøker og tekster fra internettobservasjoner. Man vil da sitte igjen med behandlede data eller det som kan kalles analysedata. Mitt materiale besto i tekster som jeg hadde fått fra pasienter og pårørende. Det var derfor ikke aktuelt å gjøre en transkripsjon eller en annen form for reinskriving av materialet. Jeg samlet tekstene jeg hadde fått i ett dokument som utgjorde 12 A4 sider. Noen av deltakerne har skrevet flere sider, mens andre har skrevet bare noen få linjer. Før jeg gikk over til neste fase i SDI modellen, leste jeg gjennom tekstmaterialet mange ganger for å bli kjent med materialet og danne meg et helhetsinntrykk. I tråd med en fenomenologisk tilnærming prøvde jeg å stille meg åpen for de inntrykk som ble formidlet gjennom teksten for å forstå hva som ble formidlet. På dette stadiet i analysen var mine tanker at jeg måtte analysere tekstene fra pasienter og pårørende hver for seg. Tanken bak dette var at jeg ville få forskjellige funn fra pasienter og pårørende.

3.5.3. Steg 3

Tjora (2012) viser til at i denne fasen som kalles koding, er det viktig å jobbe nært opp til empirien og bruke begreper som allerede finnes i materialet. Målet i denne fasen er å representere de empiriske data godt. Arbeidsmåten ved dette steget i SDI modellen består i å starte med analysedatadokumentet og opprette koder, med dette menes ord og uttrykk som beskriver avsnitt eller enda mindre utsnitt av datamaterialet. Slik fortsetter man gjennom materialet og får en liste med koder, som alle er generert induktivt med utgangspunkt i analysedata. Målet med dette arbeidet er å generere tekstnære koder, som vil si at kodene er kun utviklet fra data, og ikke fra teori, hypoteser, forskningsspørsmål eller fra planlagte temaer. Tjora (2012).

Da jeg var i denne fasen av arbeidet, hadde jobbet meg gjennom materialet og laget tekstnære koder, valgt jeg å innlemme en kollega og medstudent i dette arbeidet. Tjora (2012) viser også til at det kan være nyttig å ha med en annen forsker for å skape et analytisk rom med flere nyanser. Man kan også

få øye på detaljer som man ikke ser alene. Dette viste seg å stemme, og vi brukte tid til å drøfte de kodene vi hadde funnet og hvordan de kunne belyse studiens problemstilling. Neste skritt for meg var å lage en matrise med de kodene vi hadde analysert frem.

Da jeg begynte å lage en matrise ble jeg etter hvert usikker på om vi hadde gjort samme sorteringsfeil som Tjora beskriver som eksempel i sin bok. Hvor man tenker variabler, noe som betyr at man betraktet de empiriske data som bestående av temaer som kunne sorteres, hvor hvert tema hadde en tilhørende tekstlig beskrivelse. Tjora (2012) viser til at dette strider imot prinsippet om induktiv analyse slik som den brukes i SDI, hvor temaer utvikles på bakgrunn av detaljert koder. Problemet her blir fort at denne kodingen sier ikke noe om hva informantene sier men bare hva de snakker om (Tjora, 2012, s 180 -182).

På denne bakgrunn begynte jeg på nytt, gikk tilbake til teksten og leste gjennom enda en gang og laget en ny matrise (Vedlegg 7). Denne gangen brukte jeg mer tekst nær koding. Jeg merket med forskjellige farger i teksten direkte det pasientene og pårørende hadde skrevet. Eksempler på disse er: ”bestemme hvem som skal inviteres”, ”se ting på en annen måte”, ”stor takhøyde”. Denne måten å kode på bidro til å peke ut interessante aspekter og dannet utgangspunkt for neste steg i analysen.

3.5.4. Steg 4

Tjora (2012) viser til at dette steget i modellen som kalles kategorisering består av å samle de kodene man har funnet, og som er relevante for problemstillingen i grupper. Det er her mulig at man kan utelate noen koder fordi det nå er forskningsspørsmålet, og ikke empiri som bestemmer hva som er relevant. Man kan som hovedregel si at kategoriene vil danne utgangspunkt for hva som vi vil ha som hovedtemaer i analysen. Kategoriseringen strukturerer med andre ord undersøkelsens resultatdel.

Med de tekstnære kodene vil det ofte være mange som har store overlapp, som kan samles i grupper. Tjora (2012) viser til at målet med kategoriseringen er å komme frem til 3-6 temaer som både tar ut potensialet i empirien og i tillegg svarer på forskningsspørsmål. Jeg samlet kodene jeg hadde funnet i grupper og på denne måten kom jeg frem til kategorier som ville kunne svare på studiens forskningsspørsmål. Det viste seg på dette tidspunktet i analysen at kategoriene jeg hadde samlet var overlappende for pasientene og pårørende. Jeg valgte derfor i den videre analysen å ikke skille mellom tekstene fra pasienter og pårørende.

3.5.5. Steg 5

Tjora (2012) viser til at i steg 5 i SDI modellen skal man la det teoretiske ta større styring. I denne fasen skal man ha blikk på hver hovedkategori vi fant i forrige fase og med relevante teorier og perspektiver i bakgrunn finne ut om hva dette handler om. Finnes det en mer generell merkelapp på dette? Og man må spørre seg om det finnes noen teoretiske bidrag som allerede omtaler det eller som på annen måte er relevante (Tjora, 2012).

På dette steget i modellen tok jeg for meg hver kategori jeg hadde funnet og spurte meg selv om hva dette handlet om. Ut fra kategoriene kom jeg frem til 5 hovedtemaer som var felles for pasienter og pårørende. Disse hovedtemaene var: 1. Viktige faktorer i nettverksmøtet, 2. Muligheter i den åpne dialogene, 3. Medbestemmelse, 4. Opplevelse av likeverd i nettverksmøtet, 5. Håp om bedring og fremtidsperspektiv.

3.5.6. Steg 6

Det sjette steget i SDI modellen handler om diskusjon av konsepter og bruk av teori. Tjora (2012) viser til at teori er en måte å forstå noe på. I arbeid av større dimensjoner kan man snakke om utvikling av teori, som er det øverste steget i modellen. Modellen operere både med konsepter og teorier og Tjora (2012) setter følgende betingelser for at det kan få status som teori: det må være falsifiserbart og prøvbart. Deskriptive funn og diskusjon av disse anses som publiserbare resultater (Tjora 2012). I kapittel 5.0 vil jeg drøfte mine funn relatert til studiens teoretiske referanseramme.

3.6. Metodologiske refleksjoner

3.6.1. Validitet

Validitet har å gjøre med i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke. I hvilke grad våre observasjoner reflekterer de fenomenene som vi ønsker å vite noe om. Det handler ikke bare om metoden som blir benyttet. Forskeren som person, inklusive hans eller hennes moralske integritet og praktiske klokskap, er avgjørende for evalueringen av den vitenskapelige kunnskapen som blir produsert. Å validere er å kontrollere, og validiteten sjekkes ved å undersøke feilkildene. Forskeren skal ha et kritisk syn på sine fortolkninger, og uttrykker eksplisitt sitt perspektiv på det som studeres og hva slags kontroll som utøves for å motvirke en selektiv forståelse og skjev fortolkning (Kvale & Brinkmann, 2015).

Thagaard (2013) knytter validitet til tolking av data og mener det handler om gyldighet av de tolkninger forskeren kommer frem til. Man kan presisere begrepet validitet ved å stille spørsmålet

om de tolkninger vi kommer frem til, er gyldige i forhold til den virkeligheten vi har studert (Thagaard, 2013).

I denne studien ble pasienter og pårørende invitert av meg til å skrive ned sine opplevelser av nettverksmøtene, og de har valgt å dele disse tekstene med meg. I denne situasjonen får jeg ikke utforsket nærmere det deltakerne beskriver om sine opplevelser. Jeg må forholde meg til den teksten jeg har. Ved et intervju kan man utforske nærmere hva deltakerne mener med det de sier, man kan også spørre deltakerne om man har skjønt ting på en riktig måte for å styrke validiteten. Det som jeg tenker styrker validiteten i denne studien er at deltakerne ikke har vært i en intervjusituasjon som kan være anstrengt, og hvor den som intervjuer er avhengig av at man klarer å skape en avslappet atmosfære. De har fått ro og fred til å skrive ned sine opplevelser av åpen dialog i nettverksmøter. Tjora (2012) viser til at man kan styrke validiteten ved å være åpne om hvordan man praktiserer forskningen, ved å redegjøre for de valg man tar, for eksempel når det gjelder datagenereringsmetoder og teoretiske innspill til analysen. Dette støttes også av Thagaard som sier at forskeren styrker validiteten ved å gå kritisk gjennom analyseprosessen. Forskeren kan prøve ut om alternative perspektiver kan gi en relevant forståelse (Thagaard, 2013). For å styrke validiteten i denne studien har jeg beskrevet analyseprosessen så åpent som mulig. Jeg trakk også inne en kollega og medstudent i analyseprosessen for å få et annet blikk inn i denne prosessen.

3.6.2. Reliabilitet

Reliabilitet handler om forskningens pålitelighet og kan knyttes til spørsmålet om en kritisk vurdering av prosjektet gir inntrykk av om forskningen er utført på en pålitelig og tillitvekkende måte (Thagaard, 2013). Innenfor den fortolkende tradisjonen som kvalitativ forskning er basert på, har man innsett at en fullstendig nøytralitet ikke er mulig. Her vil forskerens engasjement kunne betraktes som støy, men også som en ressurs. Tjora (2012) mener at forskerens kunnskap er en ressurs men at man må gjøre rede for hvordan ens egen posisjon kan komme til å prege forskningsarbeidet. Forskeren skal under hele forskningsprosessen vise vilje og evne til å sette spørsmålstegn ved egne fremgangsmåter og konklusjoner i form av tvil og ettertanke. Refleksivitet er en aktiv holdning, en posisjon som forskeren må oppsøke og vedlikeholde. Den innebærer at forskeren evner å se betydningen av sin egen rolle i samhandling med deltakerne, empiriske data, teoretiske perspektiver og den forforståelsen som forskeren bringer med inn i prosjektet (Malterud, 2011).

Sett i lys av dette vil jeg trekke frem at jeg har ledet de aller fleste nettverksmøtene som pasienter og pårørende har gitt skriftlige tilbakemeldinger fra. Dette kan ha medført at pasienter og pårørende har

fått en relasjon til meg som kan ha influert på de dataene jeg har fått. I tillegg til dette har jeg mange års erfaring med åpen dialog i nettverksmøter og vært aktiv i implementeringen av denne tilnærmingen på avdelingen. Dette innebærer at jeg bærer med meg en forforståelse i denne studien. Malterud (2011) viser til at forforståelsen er den ryggsekken man bringer med seg inn i et forskningsprosjekt, og at innholdet i denne sekken påvirker hele veien måten vi samler og leser data på. Min forforståelse er at "Åpen dialog i nettverksmøter" fungerer godt for pasienter som er innlagt på en lukket psykiatrisk avdeling. Min erfaring som leder av nettverksmøtene er at møtene ser ut til å reetablere kontakter, øke pårørendes forståelse for pasientenes utfordringer samt gi pasientene bedre forståelse for omgivelsene. Thagaard (2013) viser til at reliabiliteten i en studie kan styrkes ved at flere forskere deltar i prosjektet, enten ved at man samarbeider og diskuterer avgjørende beslutninger i prosessen, eller ved at en annen forsker trekkes inn for å utføre en kritisk evaluering av prosjektet. I denne studien trakk jeg inn en kollega og medstudent i arbeidet med tekstanalyse. Vi gikk gjennom materialet hver for oss og drøftet i etterkant de kodene vi hadde funnet.

3.7. Forskningsetiske refleksjoner

All forskning hviler på tillit mellom forsker og "den det forskers på". Det forventes av den enkelte forsker, som en del av en profesjonell integritet, ivaretar hensynet til informanter og eventuelt andre (Tjora, 2012). For å ivareta personvernet til de som hadde gitt skriftlige tilbakemeldinger var det viktig og sikre fullstendig frivillig og informert deltakelse. Det stilles strenge krav til informert samtykke. Deltakerne skal kjenne prosjektet godt nok til å kunne ta stilling til om de ønsker å bidra med sin kunnskap eller ikke (Malterud, 2011). Deltakerne fikk informasjon både skriftlig og muntlig og kunne når som helst og uten grunn trekke sitt samtykke. Pasientene som hadde gitt skriftlige tilbakemeldinger var utskrevet fra avdelingen, slik at den muntlige informasjonen om studien ble gitt via telefon. Under denne telefonsamtalen leste jeg opp det de hadde skrevet om deres opplevelse og erfaring med Åpen dialog i nettverksmøtene. Deltakerne hadde her mulighet til å trekke teksten tilbake eller forandre på noe av teksten. Den skriftlige informasjonen ble sendt i posten, sammen med samtykkeskjema (Vedlegg 1). Den samme prosedyre ble fulgt overfor pårørende som hadde gitt skriftlige tilbakemeldinger. Det ble søkt om godkjenning hos Regional Etisk Komite' - sør-øst. Vurderingen var at prosjektet ikke er å anse som medisinsk og helsefaglig forskning (Vedlegg 2). Prosjektet er behandlet hos personvernombudet ved universitetssykehuset som har gitt tilråding til at prosjektet gjennomføres (Vedlegg 3). Deltakerne har samtykket i å bruke deres skriftlige tilbakemeldinger i en fagartikkel. Situasjonen endret seg før denne fagartikkelen var ferdig ved at jeg begynte på master i klinisk helsearbeid. Av den grunn ønsket jeg å benytte disse dataene i min masteroppgave og i etterkant benytte dataene i en vitenskapelig artikkel. Ved at formålet endret seg

har jeg sendt endringsmelding til personvernombudet (Vedlegg 4). Det måtte søkes til NSD. Svar fra NSD (Vedlegg 5). Datatilsynet gir regler og prosedyrer som forutsetter at materialet oppbevares nedlåst og utilgjengelig for utenforstående. Det gjelder både for papirmateriale og elektroniske data. Dataene i denne studien er lagret aidentifisert i et brannsikkert låst skap. Data skal slettes innen 01.08.18.

4.0. Presentasjon av funn

I dette kapitlet vil jeg presentere funn som er fremkommet gjennom tekstanalysen som er beskrevet i forrige kapitel. Pasienter og pårørende er invitert til å gi skriftlige tilbakemeldinger på deres opplevelser og erfaringer med åpen dialog i nettverksmøter på en lukket psykiatrisk avdeling innenfor spesialisthelsetjenesten. Jeg har analysert frem fem hovedtemaer som jeg vil presentere i dette kapitlet. Disse hovedtemaene er utformet ut fra kategorier som igjen er formet ut fra tekstnære meningsbærende enheter. Hovedtemaer, kategorier og tekstnære enheter er satt opp i en matrise (Vedlegg 6). Hovedtemaene er: 1. Viktige faktorer i nettverksmøtet, 2. Muligheter i den åpne dialogen, 3. Medbestemmelse 4. Opplevelse av likeverd i nettverksmøtene og 5. Håp om bedring og fremtidsperspektiv. For å presentere funn så tekstnært som mulig, velger jeg utvalgte sitater som fremhever pasienter og pårørendes beskrivelser av sine opplevelser. Sitatene merkes som kursiv i teksten slik at det skal komme tydelig frem. Jeg har valgt å presentere funn fra pasienter og pårørende sammen. Bakgrunnen for dette er at det gjennom analyseprosessen fremkom at kategoriene og hovedtemaene for disse to gruppene var sammenfallende.

4.1. Viktige faktorer i nettverksmøtet

Dette hovedtemaet omhandler faktorer i nettverksmøtet som pasienter og pårørende opplever som viktige. Åpen dialog i nettverksmøte var en ny erfaring for alle deltakerne. En pårørende hadde lest om denne tilnærmingen tidligere og ble glad da deres sønn som var innlagt på lukket psykiatrisk avdeling inviterte til et nettverksmøte. Både pasienter og pårørende opplever nettverksmøtene som bra og nyttige. De vil også anbefale møtene selv om noen var skeptiske til nettverksmøtene i forkant. Ingen av deltakerne har ønsket å avslutte møtene. En faktor som pasienter og pårørende opplever som viktig er at nettverksmøtene har en uformell stil og preges av stor åpenhet. Humor i møtene nevnes også som en viktig faktor. En pårørende skriver: *"Nettverksmøtene hadde en uformell åpen tone. Det var ingen agenda. Målet var åpenhet noe som opplevdes veldig bra"*. En annen pårørende skriver: *"Møtene var preget av en uformell stil og stor åpenhet"*. En pasient skriver også om den uformelle stilen som en viktig faktor: *"Jeg synes nettverksmøtene har fungert bra. Det er bra at temaene i disse møtene ikke alltid er så veldig høytidelige"*. Samme pasient skriver videre at: *"Det hyggelige, gode og normale i møtene er like viktige som det vanskelige"*. En pårørende beskriver en annen opplevelse av den uformelle stilen i nettverksmøtene: *"Hadde ingen erfaringer med nettverksmøter, men må si at erfaringene har vært bra. Jeg vil anbefale nettverksmøter, men jeg hadde håpet at møtene kunne være litt mer konkrete. Møtene ble litt svevende"*.

En annen faktor som pasienter og pårørende opplever som viktig i nettverksmøtene er god tid. En pasient skriver: *"Positivt at det er tid til å snakke om ting"*. En annen pasient er opptatt av viktigheten ved at det var satt av tid til møtene hver uke. Når det bare var en uke mellom hvert møte mener hun at man får tatt opp mange av de tingene som drukner om det er lengre tid mellom møtene. Ved å bruke halvannen time i uka har man nok tid til å snakke slik at ting kommer naturlig frem. Hun skriver: *"Jeg setter pris på at det ble satt av så mye tid til møtene, at vi kommer innom mange temaer, både vanskelige, tøffe, morsomme og hyggelige. Tidligere har jeg hatt familiesamtaler en gang i ny og ne, og på den måten har jeg aldri fått trygghet nok til at jeg har fått utbytte av det"*. En pasient er opptatt av at møtene bør starte tidlig. Hun ser i etterkant at noe av det viktigste for henne var at man startet møtene tidlig, når hun var langt nede. Hun begrunner det med at det er da det er viktigst at nettverket er der, at de får informasjon og dermed innsikt og forståelse. Pasienten skriver: *"Jeg trenger det som mest når jeg er dårlig, og jeg mener det er lurt å trekke inn nettverket da hvis det er mulig"*.

En pasient skriver at han kan anbefale nettverksmøtene på det varmeste, og nevner planlegging som en viktig faktor. Han mener det er viktig at man får hjelp av personalet til innkallingen for å lykkes. Enten ved å skrive skriftlig invitasjonsbrev eller ringe de som skal innkalles. Denne pasienten poengterer at det er en fin anledning til å samle pasientens nærmeste for å snakke ut om det som har skjedd ved innleggelse, behandlingen og planer fremover etter utskrivelse fra avdelingen. Han skriver: *"Dersom det blir vellykket i første runde, inviter til nummer to eller tre så det er sikkert dere får diskutert alt ferdig"*. Pasienten gir videre råd om at møtet ikke bør vare over en og en halv time og at man må huske kaffekannen og noe å bite i. Det legges også vekt på at møtelederne har en viktig rolle, at deres tilstedeværelse og erfaring skaper ro og trygghet. Møtelederne oppleves som avslappet og tilbaketrukket og at de skaper en god atmosfære. En pasient skriver: *"Stor takhøyde under møtet sikres av møteledere som setter atmosfæren gjennom å være lyttende til møtedeltakernes ønsker og spørsmål"*.

4.2. Muligheter i den åpne dialogen

Dette hovedtemaet omhandler den åpne dialogen i nettverksmøtet. Både pårørende og pasientene skriver om hva den åpne dialogen i møtet har ført til. Det påpekes at når alle sitter rundt ett og samme bord, og hører det samme på likt, fører dette til en felles forståelse hos deltakerne i møtet. En pasient skriver: *"Ingen trenger å lure på noen ting"*. Den åpne dialogen i møtet gjør at det åpnes for flere perspektiver som gir deltakerne en mulighet til å se ting fra flere sider. Flere påpeker også at

den åpen dialogen har ført til at man får til en normal dialog i familien igjen og får snakket om ting de ikke klarer å snakke om på egenhånd.

En pasient er opptatt av det er viktig med dialog med de involverte parter, at samtaler kan være vanskelig og at det må være stor åpenhet for å få det til. Han skriver: *"Dialogen gjør at man har mulighet til å se ting på en annen måte, fra flere sider og ulike synspunkter kommer opp i samtalen"*.

En pårørende skriver om at nettverksmøtene har medført at de som foreldre til en syk sønn har kunnet snakke fritt om deres sønn uten at det bare er problemer og bekymringer. Og påpeker at de har trengt hjelp på dette området. Han skriver: *"Nettverksmøtene har vært nyttig i arbeidet med å få til en mer normal dialog med familien igjen"*.

En søster skriver at det har vært godt å la andre ta del i det de synes har vært vanskelig, at de ikke lenger føler seg alene. For hennes del har dette medført at hun har blitt mindre frustrert over hele situasjonen. Og det aller viktigste at hun har fått kontakt med sin bror igjen. Hun skriver også at hun har slått seg til ro med at han aldri blir helt frisk igjen. Hun skriver: *"På nettverksmøtene har familien fått mulighet til å snakke om ting de ellers ikke hadde fått snakket om"*. En annen pårørende peker også på at den åpne dialogen gjør noe som er godt for familien. Hun skriver: *"Det er godt for vår familie, far, guttene og jeg og prate sammen med hverandre og dere"*.

4.3. Medbestemmelse

Dette hovedtemaet omhandler pasientens medvirkning i nettverksmøtet. Jeg har valgt å bruke medbestemmelse som et hovedtema fordi både pasienter og pårørende opplever nettverksmøtene som pasientens møte. Bakgrunnen for dette ser ut til å være at pasientene bestemmer hvem de vil invitere til nettverksmøtet, hva det skal snakkes om og at pasientens behov står i sentrum. En pasient skriver: *"Det er veldig bra at man kan invitere hvem man vil til disse møtene. Det er bra at man selv kan velge hvem som skal delta i støttegruppa rundt seg"*. En annen pasient skriver: *"Positivt at jeg bestemte hvem som skulle inviteres og hva det skulle snakkes om, og at jeg bestemte når man hadde snakket nok om noe og gikk videre med andre temaer"*. En annen pasient legger også vekt på at dette er pasientens møte og at det er pasienten som bestemmer hvem som skal delta. Han skriver: *"Både venner, familie, bekjentskapskrets og kollegaer er aktuelle og innkalle til møtene. Jeg valgte å invitere behandlende lege til andre møte, slik at pårørende kunne få stille spørsmål om diagnose til ham, som er fagperson på området"*.

En pasient legger vekt på at alle burde ha nettverksmøter der teamet rundt pasienten mener at nettverket er en ressurs. Og påpeker videre at det siste man ser når man nettopp har blitt tvangsinnlagt er resurser. Hun skriver: *”Selvfølgelig skal man ta det opp med pasienten, men behandlerne burde ha siste ordet, så kan man prøve det ut et visst antall ganger før man vurderer om det er lite hensiktsmessig, eller om det er en ressurs der som pasienten kan dra nytte av, enten pasienten ser det selv eller ikke”*. Flere pårørende opplever også at nettverksmøte er pasientens møte og en pårørende skriver: *”Pasienten var i sentrum”*.

4.4. Opplevelse av likeverd i nettverksmøtene

Dette hovedtemaet omhandler likeverd. En faktor i som bidrar til dette ser ut til å være at maktfordeling oppleves annerledes av deltakerne i nettverksmøtene. I tillegg til at deltakerne i blir sett og hørt. Det pekes på at dette ikke er en selvfølgelighet i møte med helsevesenet. En pårørende skriver: *”Som pårørende i møte med helsevesenet er man i en sårbar situasjon og man kan fort føle seg underlegen eller som den svake part. Dette opplevdes annerledes på nettverksmøtene. Pårørende ble tatt imot på en verdig måte. Opplevde mer likeverdighet”*.

En annen faktor som bidrar til likeverd for pårørende ser ut til å være at de i nettverksmøtene får stille spørsmål og får svar. Dette medfører at de får informasjon og innblikk i det som er vanskelig for pasienten. En pårørende skriver: *”Vi følte oss hele tiden inkludert og fikk greie på hvordan vår sønns opphold og fremdrift var. Det var betryggende for oss at det var fagpersoner som vi følte oss trygge på og at det ikke var dumt og si dumme ting”*. En pasient er også opptatt av dette med at pårørende får informasjon, noe som hun ser på som positivt. Hun skriver: *”Nettverksmøtene har gjort at pårørende har fått full informasjon fra behandlere. Svært positivt.”* Hun skriver videre at: *”Positivt at behandler snakker direkte med de pårørende. Positivt at både psykiateren og psykologen var der”*.

Det å kunne diskutere fritt ser ut til å bidra til likeverd. En pårørende skriver: *”Alle sto fritt til å si det de ville si. Fritt til å snakke om det som var viktig for hver enkelt”*. Pasientene opplever også at det å kunne diskutere i nettverksmøtene bidrar til likeverd. En pasient skriver: *”Jeg synes nettverksmøtene har vært bra, fordi da kan alle mulige instanser møtes rundt et og samme bord og diskutere muligheter”*. En annen pasient skriver: *”Vi diskuterte og løste en del viktige problemstillinger med tanke på medisiner i nettverksmøtene”*.

4.5. Håp om bedring og fremtidsperspektiv

Dette hovedtemaet omhandler håp. Bakgrunnen for dette er at det fremkommer i tekstene at åpen dialog i nettverksmøtene har gitt pasientene et fremtidsperspektiv, hvor de ser muligheter og håp om bedring. Det samme gjelder også for pårørende som gjennom nettverksmøtene får håp om bedring for pasienten.

En pårørende skriver at hun i utgangspunktet var negativ til nettverksmøter. Hun begrunner dette i at hennes datter har vært syk i mange år og innlagt over lang tid på institusjon. Når deres datter skulle delta på møter vegret hun seg veldig for møtene. Hun var taus, og hvis hun sa noe var det kritikk og negative uttalelser. Dette hadde vært en utrivelig, uforutsigbar og lite konstruktiv tilnærming til problemene. Hun skriver videre at hun som mor ikke hadde noe tro på at nettverksmøter hvor man skulle involvere mange ville bli noe som hennes datter ville ha utbytte av, og hun tenkte på det mer som en merbelastning. Hun mente også at hennes datter var for syk til å ha nettverksmøte på det tidspunktet som forslaget kom. Til å være negativ i starten til nettverksmøtene skriver hun i etterkant: *“Vår datter er i ferd med å bygge opp en helt ny plattform og disse møtene har gitt oss trygghet for at vår datter har en fremtid. Møtene har gitt oss et verktøy som er uvurderlig og har vært en enorm hjelp på veien for vår datter til å få en bedre psykisk helse og innsikt i egen sykdom og at vi innad i familien kan få det til å fungere bedre”*. Videre vil samme pårørende anbefale at nettverksmøtene blir benyttet i behandlingen og skriver: *“Dette har gjort vår datter og oss mye bedre rustet til å møte fremtiden på en bedre måte”*. En annen pårørende er opptatt av at de har fått mer forståelse for sønnens sykdom og hvordan de skal takle det. På den måten har de fått en annet fremtidsperspektiv. Hun skriver: *“Vi vil på det sterkeste anbefale denne møteformen. Vi føler det har gitt oss mye og vi har fått et helt annet syn på vår sønns sykdom og hvordan vi kan takle hans væremåte i forskjellige situasjoner”*.

En pasient skriver også at hun var negativ til nettverksmøter, og hvis hun hadde blitt spurt om hun ville ha det, hadde hun svart nei. Hun så ingen poeng å ha disse møtene. Det var også skremmende at det skulle være større åpenhet og enda en arena hvor det skulle fokuseres på henne. Hun skriver videre at i hennes tilfelle ble det bestemt at hun skulle ha det. I etterkant skriver hun: *“Møtene har gitt meg inntrykk, smakebiter av et friskt liv, støtte og omsorg. De gav meg muligheter til de normale tingene som er i livet. Etter hvert begynte nettverksmøtene og åpne mange dører for meg”*. Hun skriver videre at alle pasienter burde ha nettverksmøter selv om de i utgangspunktet ikke vil ha det. Hun begrunner dette i at det siste man ser når man er tvangsinnlagt er at man har ressurser rundt seg.

En faktor som ser ut til å bidra til håp om bedring er at de gjennom nettverksmøtene opplever at de får løst sine problemer. En pasient skriver: *”Nettverksmøtene har vært unikt i mitt tilfelle og resultert i mange gode løsninger på mitt problem”*.

4.6. Oppsummering funn

Åpen dialog i nettverksmøter var en ny erfaringer for alle deltakerne. Både pasienter og pårørende anbefaler nettverksmøtene selv om noen var skeptiske i forkant. Ingen ønsket å avslutte møtene. Deltakerne skriver om faktorer ved nettverksmøter som de ser på som viktige. Her nevnes først og fremst at møtene har en uformell stil og er preget av stor åpenhet. Den åpne dialogen i møtet har ført til at de får snakket om ting de aldri har fått snakket om tidligere. Deltakerne påpeker at når alle sitter rundt et og samme bord, og hører det samme på likt fører dette til en felles forståelse. Både pasienter og pårørende opplever nettverksmøtene som pasientens møte. Her trekker pasientene frem at det er positivt å få invitere hvem de vil til møtene. Åpen dialog i nettverksmøtene har gitt pasientene et fremtidsperspektiv, hvor de ser muligheter og håp om bedring. Det samme gjelder også for pårørende som gjennom nettverksmøtene får håp om bedring for pasienten. Tilslutt er deltakerne opptatt av at møtene gir en opplevelse av likeverd. Pårørende påpeker at dette oppleves som annerledes enn i andre møter med helsevesenet.

5.0. Drøfting

I dette kapitelet vil jeg ta utgangspunkt i studiens funn og drøfte disse i lys av studiens teoretiske referanseramme som er presentert i kapittel 2.0. Jeg har analysert frem 5 hovedtemaer. Jeg ønsker å drøfte tre hovedtemaer: 1. Muligheter i den åpne dialogen, 2. Opplevelse av likeverd i nettverksmøtene 3. Håp om bedring og fremtidsperspektiv.

5.1. Muligheter i den åpne dialogen

Seikkula & Arnkil (2007) viser til at dialogen er et forum hvor pasienten og familien kan bli mer handlekraftige ved å diskutere problemene sine. I min studie beskriver pasienter og pårørende at nettverksmøtene har muliggjort å snakke om ting de ellers ikke har fått snakket om. De har fått mulighet til å se ting på en annen måte, og de har fått en normal dialog med familien igjen.

5.1.1. Helbredende faktor

Seikkula & Arnkil (2007) skriver at dialogen kan utløse dyptgripende endringer. Så kan man spørre seg selv om hva som gjør dialogen så virkningsfull? Jeg vil ta utgangspunkt i Seikkula & Arnkil (2007) sitt begrep om dialogen som helbredende faktor. For å kunne utvikle helbredende faktorer må alle deltakerne i møtet føle seg hørt. Det å bli hørt er en grunnleggende menneskelig erfaring og er like viktig for å leve som åndedrettet (Seikkula & Arnkil, 2013). Bakhtin (1984) beskriver dette ved å si at ingen ting er så vondt for et menneske som ikke å få respons. Å bli hørt, forutsetter at noen gir et svar. Seikkula & Arnkil (2013) viser til at kjernen i all relasjonell praksis er respons, å sørge for at dine medmennesker opplever at du lytter og responderer. Dette krever at enhver som jobber med relasjoner, er *tilstede i øyeblikket*, ikke bare som profesjonell fagperson, men også som det menneske vi er. I nettverksmøtene er dette et ansvar som hviler på de som ledere møtene. Jeg har selv erfaring med viktigheten av å være *tilstede i øyeblikket*. Man kan da fange opp alle ytringer fra deltakerne. Undre seg sammen med dem, og få mulighet til å stille nye spørsmål som kan bidra til en ytterligere utdyping og en utvidet forståelse. Ved å gjenta det deltakerne i møtet sier, spørre om du har oppfattet rett og be om deltakernes hjelp til å forstå kan man gi respons. I tillegg vise med ord, kroppsspråk, mimikk, øyekontakt og holdninger at du lytter og er *tilstede i øyeblikket*. Når det henvises til at svaret er så virkningsfullt vil jeg i det følgende se nærmere på hvordan åpen dialog i nettverksmøtet kan gi svar. Seikkula & Arnkil (2007) skriver at dialogiske samtaler kan gi rom for å kjenne på vanskelige følelser, kunne uttrykke dem og samtidig kunne oppleve en følelsesmessig gjensidighet blant deltakerne. Det å kunne fortelles sin historie og bli lyttet til kan gi en opplevelse av respekt og bli verdsatt av de andre i møtet. En pårørende i denne studien skriver at det har vært godt å snakke fritt om deres sønn uten at det fokuseres bare på problemer og bekymringer. Brottveit

(2012) viser til at ønske om bedre kommunikasjon med sine nærmeste er sentralt for hovedpersonene som takker ja til nettverksmøter. Forfatteren viser til at dette kan springe ut av et ønske om å bli bedre forstått, særlig hvis den psykiske lidelsen innebærer symptomer og adferd som virker truende eller uforståelig for andre. Samtidig åpner nettverksmøtet muligheten til å kunne stoppe opp og reflektere over selve samtalen og det den uttrykker. Dialogen gjør det mulig for deltakerne som snakker og lytte til sin egen fortelling og det den forteller vedkommende. Seikkula & Arnkil (2007) kaller dette for dialogisk dialog. Målet med den dialogiske dialogen er flerstemthet – polyfoni. I polyfonien får hvert tema ny mening i en ny samtale, hvor det konstrueres et nytt språk for det som granskes (Seikkula & Arnkil, 2013). På denne måten kan en dialog ha helbredende kraft. Samtidig kan en dialog kan fremstå med manglende helbredende kraft gjennom monologiske dialoger. Disse dialogene er karakteristisk ved fravær av svar, hvor bare noen av deltakeren i møtet får anledning til å snakke gjennom instruktive og maktutøvede dialoger (Seikkula & Arnkil, 2007).

Pårørende i denne studien skriver at det har vært godt for familien å snakke sammen igjen og med fagfolkene i møtet. De opplevde og bli sett og hørt. Seikkula & Arnkil (2013) sier at i dialogen oppstår det en *intersubjektiv bevissthet*. Med dette menes at vi konstruerer våre sosiale identitet ved å tilpasse våre handlinger til andres. Seikkula henviser her til Bakhtin som sier at det bare er mulig å bli kjent med seg selv via andres blikk. At jeg kan kjenne meg selv bare gjennom responsen jeg får, sett med andres blikk. Denne responsen er ikke-reflekterende fordi den skjer umiddelbart, uten at det settes ord på, der og da, i sekundet. Ut fra dette ikke - reflekterende svaret fra den Andre kan man fornemme om man blir hørt, og om det er noe man kan gjøre hvis man ikke blir hørt (Seikkula & Arnkil, 2013).

5.1.2. Felles forståelse

Jeg har erfaring med at pasienter og pårørende ofte ikke har snakket sammen om sine problemer eller bekymringer. Det kan være bekymringer for rusmisbruk, psykisk helse og problem adferd. Hvis de har gjort forsøk på å snakke sammen om dette, har det ofte endt med kranjel og eventuelt at noen forlater rommet i sinne og frustrasjon. Seikkula & Arnkil (2007) skriver at hvis familiemedlemmer har hatt vansker med å snakke om krisen eller bekymringer rundt situasjonen, kan dialogen føre til at de for første gang kjenner på håpløshet, og samtidig opplever en fellesskapsfølelse som forener dem. I nettverksmøtene har jeg erfaring med at de emosjonelle belastningene og konfliktene i det sosiale nettverket har vært så store over tid, at når man endelig sitter sammen i et nettverksmøte hvor alle stemmer blir lyttet til –og hørt kan dette føre til en felles forståelse. Brottveit (2012) er opptatt av hva som menes med felles forståelse. Betyr det egentlig enighet, eller kan det bety at man deler

referanseramme og har noenlunde lik måte og tolke verden på? Ved det siste innebærer det at man kan være uenige eller vektlegge ulike nyanser, og samtidig ha en grunnleggende felles forståelse. Brottveit kaller dette å dele *tolkningsramme*, og henviser til at dette kan forstås som et kognitivt skjema som sanseinntrykk og symbolsk informasjon blir filtrert gjennom (Brottveit, 2012).

Seikkula & Arnkil (2007) skriver om fellesskapsfølelsen som berører og forener familiemedlemmene. Det kan være vanskelig å definere hva hver enkelt gjorde i et møte som førte til en fellesskapsfølelse eller hva som egentlig skjedde i et møte. Det som ofte sitter igjen er en felles opplevelse som kan være vanskelig å beskrive på en presis og rasjonell måte. Her henviser Seikkula & Arnkil (2007) til Bakhtin som sier at det oppstår en dialogisk relasjon gjennom kommunikasjon mellom ulike bevisstheter og ikke som prosesser i hver enkeltes hode (Seikkula & Arnkil, 2007). Når fellesskapsfølelse og felles forståelse er viktige dimensjoner i den åpne dialogen vil jeg peke på det å tåle usikkerhet, som er et annet grunnprinsipp som ble utledet av forskningen. Med dette menes at det ikke finnes ferdige løsninger på problemene. Det er viktig å tåle at det ikke finnes et umiddelbart svar. Deltakerne i møtet får respons på sine uttalelser og det kan allikevel være vanskelig for dem å komme frem til en felles forståelse. Jeg har ledet nettverksmøter hvor deltakerne ikke kommer frem til en felles forståelse, i alle fall ikke i det første møtet. I en slik situasjon blir det viktig å tåle denne usikkerheten, la det stå åpent til neste møte. Seikkula & Arnkil (2007) skriver at når fagpersoner har dårlig tid og derfor foreslår raske avgjørelser vil familiens egne psykologiske ressursers i liten grad bli utnyttet.

5.1.3. Reflekterende prosesser

En annen mulighet for å gi respons i nettverksmøtet er å benytte seg av refleksjon. Seikkula & Arnkil (2007) skriver også at reflekterende dialog mellom fagpersoner kan være en måte og respondere på. Det kan foregå på den måten at de to som leder nettverksmøtet underveis i møtet reflekterer over det de har hørt, mens de andre deltakerne lytter til det som blir sagt. Etter dette får deltakerne si noe om hva de kom til å tenke på mens de hørte på refleksjonen. Målet er å si noe om det som har beveget en, undre seg, ikke å komme med gode råd og løsninger på problemer. Det kan føre til at man lukker prosessen. Man ønsker å åpne opp, og sette i gang reflekterende prosesser hos deltagerne. Andersen (2014) sier at hensikten med dette er å anerkjenne det som blir sagt og gi positive tilbakemeldinger og ikke fokusere på det negative.

Min erfaring er at deltakerne i møtet lytter meget interessert mens møtelederne reflekterer. Og grunnen til dette er kanskje at det er tanker som vekkes av det de har fortalt og hver og en kan se hvilken virkning deres egen uttalelser har fått. Jeg har opplevd i nettverksmøtene at deltakere fra det

sosiale nettverket forteller hvordan pasienten skal løse sine problemer. Det er uttalelser som: *”Du må slutte og ruse deg”, ”du må komme deg opp om morgenen og gå på dagsenteret”, ”du må ta medisinen dine.”* I denne situasjonen kan det være nyttig at møtelederne stopper samtalen. Spør hovedpersonen om det er i orden at de snakker høyt sammen om det de har hørt mens de andre deltakerne lytter. Etter dette får deltakeren si noe om det de hørte møtelederen sa. Dette kan gjøre en forskjell i møtet å bidra til en videre utvikling hos deltakerne. Eliassen & Seikkula (2006) skriver her at refleksjonene ikke bør være for like eller ulike, men passe forskjellige fra møtedeltakernes egne tanker og opplevelser for at det skal være til hjelp. På denne måten kan man tenke seg at møtelederne gir en respons og et svar på det som er formidlet.

Lundby (2009) skriver at Michael White oppdaget den store betydningen av reflekterende team innenfor familierapeutisk praksis. Han advarte mot å tolke refleksjon synonymt med applaus. Applaus i denne sammenheng dreier seg om den kulturelt velkjente praksisen med å gi positiv feedback, gratulere, rose, skryte. White mener at alle former for applaus alltid gis ut fra en maktposisjon. White utviklet en reflekterende team-praksis som unngikk farene ved applausen, og som kunne bidra til at de som mottok en refleksjon fra et team, kunne oppleve det som anerkjennende og hedrende (Lundby, 2009).

5.2. Opplevelse av likeverd i nettverksmøtene

Ordet ”forbryter” bør ut av ordboken vår.
Eller så er vi alle forbrytere.
”Den av dere som er uten synd, kan kaste den første stein.”
Og det viste seg at ingen turte kaste steinen
på den syndefulle skjøgen.
Som en fangevokter sa en gang:
”Alle er forbrytere i hemmelighet.”
Det er en dyp sannhet i dette som ble sagt halvt på skjemt.
Vær derfor gode kamerater.

Mahatma Gandhi (1958)

Ved disse ordene av Gandhi møter vi et ufravikelig syn på det enkelte menneskets iboende verdighet. Kampen står om grunnleggende menneskerettigheter uavhengig av status, velstand, helse, religion eller hudfarge. Vi er alle sammen mennesker (Vaaland, 2007). Funn i denne studien viser at pasienter og pårørende opplever likeverd i nettverksmøtene. Jeg vil først se nærmere på begrepet

likeverd innenfor helsetjenesten. Karlsson & Borg (2013) viser til at to som møtes i en hjelperelasjon, er likeverdige som mennesker, og samtidig at forholdet er skjevt eller asymmetrisk. Dette fordi den ene søker hjelp og den andre skal være til hjelp. Dette viser seg ved at den hjelpesøkende trenger hjelp på grunn av fysiske, psykiske, sosiale eller eksistensielle problemer. Dette medfører at den hjelpesøkende på en måte er i en nedenfra-og-opp relasjon til hjelperen. Det påpekes at det er viktig å slå fast at psykisk helsearbeid foregår i en relasjon som rommer både likeverd og skjevhet. Hvis man skal være til hjelp må relasjonen etableres på likeverd. Skjevheten består i at den hjelpesøkende er mer sårbar på de områdene som vedkommende trenger hjelp til, løse eller leve med (Karlsson & Borg, 2013). Jeg vil hevde at denne skjevheten kommer til enda større uttrykk ”bak lukkede dører” hvor pasientene er innlagt på tvungen psykisk helsevern. Skjevheten i relasjonen mellom den som er hjelpesøkende og den som skal hjelpe kan forsterkes betraktelig i denne konteksten. Det er vanskelig å komme bort fra ordet makt i denne forbindelse. I psykisk helsevern er makt ofte forbundet med tvang. Lov om psykisk helsevern hjemler en form for makt og tvang for å hindre skade og forebygge forverring av en alvorlig psykisk lidelse, under gitt forutsetninger. Dette kan også være nødvendig for å gi pasienten trygghet. Pasientene som er innlagt på tvungen psykisk helsevern har som regel ikke ønsket hjelp på noen som helst måte. De er som oftest uenig i at de er innlagt og motsetter seg i mange sammenhenger all behandling. I slike situasjoner forekommer det at man i behandlingen må ty til tvangstiltak. Pasientene kan da erfare manglende innflytelse, fravær av valgmuligheter samt at tvangen oppleves unødvendig.

Lundby (2009) skriver at mange pasienter erfarer å delta på møter der det blir snakket om dem, som de ikke skulle være tilstede. De opplever ofte at de blir utredet, diagnostisert og utskrevet medisin til uten at de blir konsultert. Lundby oppsummer kort at mange som er pasienter innenfor psykisk helsevern, har erfaringer med å bli, helt eller delvis umyndiggjort og av å miste innflytelse og kontroll over eget liv (Lundby, 2009, side 11). Ved at skjevheten i relasjonen mellom hjelper og pasient er stor på en lukket psykiatrisk avdeling, er vanskelig å tenke seg at pasientene opplever likeverd i denne konteksten. Med denne bakgrunnen kan man spørre seg om hvordan det er mulig at pasienter opplever likeverd i nettverksmøtene? Seikkula & Arnkil (2013) viser til at i en polyfonisk dialog kan man ikke velge hvem som representerer riktige og gale stemmer, alle bidrar til ny innsikt og alle stemmer er like verdifulle. Dette kan bidra til en opplevelse av likeverd. En av grunntankene i åpen dialog i nettverksmøter er at alle deltakerne stiller likt, og de profesjonelles ”ekspertrolle” reduseres. I den polyfone dialogen er profesjonshierarkiet underordnet og jo flere stemmer som deltar i konstruksjonen av ny mening, desto dypere innsikt vil man få i problemet (Seikkula & Arnkil, 2007, 2013). Vigrestad & Hellandshølen (2012) utdyper dette ved å si at fagpersoner må gi

fra seg makt, fjerne seg fra den enestående ekspertrollen og gå over til å bli mer likeverdige samarbeidspartnere. På denne måten kan man si at det er tre kompetansesystemer som møtes i nettverksmøtene. Pasienten har kompetanse på å være pasient, pårørende har kompetanse på å være pårørende og fagpersoner har sin fagkompetanse, og som levende mennesker. Fagkompetansen er viktig og nødvendig og skal tilrettelegges og formes på deltakernes premisser og ut fra deres behov (Vigrestad & Hellandshølen, 2012). Dette kan sees i lys av begrepet om "ikke vitende posisjon" som Anderson og Goolishian kaller det (Anderson, 2003). Seikkula & Arnkil (2007) er opptatt av det samme. Dette betyr ikke at man som møteleder er uvitende, men at man aktivt lytter til det som deltakerne i møtet forteller med ord, kroppsspråk, mimikk, øyekontakt og holdninger. Vigrestad & Hellandshølen (2012) viser til at ved en "ikke vitende holdning" skal en ikke handle ut fra antakelser og meninger om situasjoner som en bærer med seg. Slik kan man møte pasienter og pårørende med en "ikke vitende holdning" som kan oppleves som mer likeverdig av deltakerne i møtet. Jeg har som nettverksmøteleder erfaring med at det er lettere å innta en "ikke vitende holdning" når jeg ikke har noe kjennskap til pasienten fra før.

I nettverksmøtene på en lukket psykiatrisk avdeling beveger pasientene seg fra en arena hvor de i mange situasjoner ikke har mange valgmuligheter til en arena hvor deres stemme blir hørt. De er hovedpersonen i møtet og det snakkes først og fremst om det pasienten er opptatt av å snakke om. Her er det for mulighet for pasienten å snakke om at den tvangen de er utsatt for oppleves unødvendig. Aarre (2010) viser til at ved for eksempel tvangsmedisinering innebærer et betydelig inngrep i pasientens liv. Pasientens autonomi blir overstyrt, og pasientens følelse av maktesløshet er uunngåelig. Forfatteren skriver videre at det allikevel er mange måter å involvere pasienten på som kan signalisere respekt og gi pasienten innvirkning på hvordan tvangsbehandlingen blir gjennomført. Man kan tenke seg at når pasienten er på en arena hvor hun/han i større grad for mulighet til å medvirke i egen behandling ut fra egne forutsetninger, settes i stand til å ta egne valg. I tillegg får anerkjennelse for erfaringskunnskap og sees som ekspert på seg selv, bidrar dette til en forskyvning av makt fra fagperson til pasienten. På denne måten blir pasienten myndig gjort og vil kunne bidra til mer likeverd (Vigrestad & Hellandshølen, 2012). Slik aktualiseres medvirkning og medbestemmelse. Funn i min studie viser at pasientene opplever medbestemmelser i nettverksmøtet. De legger spesielt vekt på at det er positivt at det er de som bestemmer hvem som skal inviteres til nettverksmøtet, at det er de som bestemmer agendaen, og at pasientens behov står i sentrum. Pårørende opplever også nettverksmøtet som pasientens møte. Jeg ser en sammenheng mellom medbestemmelse og likeverd ved at når pasienten gjennom medbestemmelse blir større aktør i eget liv, vil vedkommende kunne oppleve større grad av likeverd. Aarre (2010) skriver at lykkes en i å få

pasienten til å medvirke, vil det hjelpe ham til å bli en aktør i egen behandling og ikke en brikke i et ekspert dominert system. Jeg tenker at medbestemmelse leder til ordet brukermedvirkning, som har hatt et stort fokus i mange år. Tanken bak brukermedvirkning på individnivå er at dersom pasienten i større grad kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, vil det kunne påvirke selvbildet på en positiv måte og dermed styrke pasientens motivasjon. Det vil kunne bidra positivt til pasientens bedringsprosess og således ha en terapeutisk effekt (Helsedirektoratet, 2016).

En annen mulighet til at pasienter og pårørende opplever likeverd i nettverksmøtene er knyttet til at mange sliter med skam og skyld. Pasienter kanskje fordi deres psykiske lidelse innebærer adferd som kan virke truende på familiemedlemmer eller andre. De kan også ha utført handlinger i ruset eller psykotisk tilstand som de i etterkant skammer seg over. Pårørende sliter ofte med skyld i forhold til at de ikke har gjort nok eller gjort noen galt i forhold til den som er syk. Skam er en allmennmenneskelig og ubehagelig følelse som alle kan kjenne på i større i ulik grad. Skam er også noe vi helst ikke vil snakke om. Det gjør oss usikre og redde for hva andre vil tenke og mene om oss. Når man går med ulike former for skam alene, har man få muligheter til å få korreksjon og få avklart om det en bærer på virkelig er noe å skamme seg over eller ikke. Det vil derfor ha betydning at en kan sette ord på og dele følelser av skam med andre, slik at man kan få tilbakemelding på hvordan andre ser på situasjonen. Skylden hører til våre selvbevisste følelser som har med hvordan vi vurderer oss selv i forhold til andre og i forhold til hvilke normer som gjelder (Vigrestad & Hellandshølen, 2012). Når pasienter og pårørende i nettverksmøter får sette ord på sine følelser av skam og skyld og får delt det med andre kan det tape sin kraft. Man kan gjennom dette oppleve mer likeverd igjen. Brottveit (2013) viser til at hovedpersonen i nettverksmøtet kan føle en lettelse når de har vært åpne og ærlige overfor sine nærmeste. Det å forestille seg overfor sin familie, fordi man er utrygg på deres reaksjoner, eller det å holde noe skjult, oppleves sannsynligvis som en belastning.

Pårørende beskriver at de opplever likeverd i nettverksmøter, og at dette er annerledes enn i andre møter med helsevesenet. Det er statlige føringer på samarbeid med pårørende i helsetjenester. I *pårørende - en ressurs* (2008) påpekes det at virksomheten bør se pårørende som er ressurs og blant annet opprettholde tidlig kontakt med pårørende. Aarre (2010) viser til at pårørende er også mennesker som har behov for å bli anerkjent for sin innsats. De har ofte tvil og bekymringer og kan slite med pessimisme og manglende tro på at det de gjør er det rette. Weimand (2013) viser til at pårørende har behov for både emosjonell og praktisk støtte. Å bli hørt og tatt på alvor, å få en opplevelse av at noen forstår deres situasjon gir emosjonell støtte. Støtte kan også være å involvere pårørende i behandlingen og oppfølging av den som er syk. Det viser seg ofte at pårørende går

skuffet fra møter med helsevesenet og som en pårørende i denne studien skriver: ”*I møtet med helsevesenet er man ofte i en sårbar situasjon og kan føle seg underlegen og som den svake part.*” I nettverksmøtene beskriver de at de ble tatt imot på en verdig måte og at de hele tiden følte seg inkludert. Jeg har erfart at ofte i det første nettverksmøtet vi har med en familie har pårørende et stort behov for å snakke om alt det vanskelige som har skjedd. De har også kritikk til helsevesenet og hvordan de har blitt møtt som pårørende. Erfaringene mine er også at når de blir lyttet til – og hørt blir de ferdig med det og på neste møte er dette ikke lenger et tema. Her tenker jeg at pårørende har blitt lyttet til, fått et svar eller en respons. Slik kan dialogen som være en helbredende faktor som jeg har beskrevet i kapittel 5.1.

5.3. Håp om bedring og fremtidsperspektiv

Håp er tanker, tanker med mening,
tanker med mening i livets tunge stunder

Håp gir oss tro,
tro på oss selv,
tro på at alle kan skape mirakler.

Håpet får frem
våre uante krefter,
krefter som overgår hver eneste mester,

Gi aldri opp håpet,
det gir oss vår styrke!

Derfor er håpet så viktig å dyrke! (ukjent)

Håp er et ord som på mange måter er vanskelig å forklare. Jeg tenker på håp som et abstrakt begrep som er fylt med mye mening. Når vi håper på noe, sier det noe om at vi har tro på noe som ligger foran oss, uten at vi kan være sikre. Innenfor helsevesenet snakkes det mye om håp og hvor viktig det er å opprettholde livsmotet i en vanskelig situasjon. Alle har vel hørt uttrykket: Uten håp, intet liv. Et funn i denne studien er at pasienter og pårørende som har vært deltakere i nettverksmøtene opplever håp. Dette håpet er knyttet til bedring og fremtidsperspektiv. Hva er det med nettverksmøtet som fører til at de opplever håp om bedring? Jeg har i kapittel 5.1.1 beskrevet den åpne dialogen som en helbredende faktor. Så kan man spørre seg om det er noe mer som fører til at

deltakerne i nettverksmøter opplever håp om bedring. Seikkula (2005) beskriver at deltakeren i nettverksmøtet kan oppleve følelsen av maktesløshet og håpløshet. Det at deltakeren åpent og fritt kan erkjenne følelsen av håpløshet, frustrasjon og fastlåsthet, kan paradoksalt nok styrke relasjonene og følelsen av samhörighet i nettverksmøtet. Erfaringer viser at når man sammen har kjent på og erfart følelsen av avmakt, motløshet og maktesløshet, så kan denne fellesfølelsen føre til samhold i gruppen, og at det da viser seg at håpet ikke er langt borte. Prosessen i dialogen kan skape grobunn for kreativitet og forbedringer i situasjonen (Vigrestad & Hellandsdshølen, 2012). Min erfaring i nettverksmøtene er at ikke alle deltakerne kjenner like sterkt på håpløsheten samtidig. På den måten kan man hjelpe hverandre til å holde fast ved håpet. Det kan skje ved at noen av deltakerne legger planer for fremtiden sammen med hovedpersonen, og holder frem gode opplevelser som de har hatt sammen tidligere. Noen kan på ulike måter vise at de har tro på en bedre framtid og på den måten inngi håp om bedring.

Når jeg drøfter håp faller det meg naturlig å se på begrepet recovery. Recovery, kan oversettes med tilfriskning – eller bedringsprosesser og defineres som en personlig prosess etter en periode preget av tapsopplevelser, der personen gjenvinner kontroll over eget liv, finner frem til en mer meningsfull identitet og utøver en mer aktiv og givende rolle (ODIN, 2013). Karlsson & Borg (2013) skriver at recovery er en grunnleggende holdning om at vi er alle en del av den samme menneskeheten. Vi har alle har de sammen grunnleggende rettigheter, og har ressurser, kompetanse og vekstpotensial. Videre at recovery handler om å finne ressursene i seg selv, alene eller sammen med andre. Det handler om å bygge på håp og tro på et bedre liv og finne frem til omgivelser som gir næring til og styrker den psykiske helses og troen på en meningsfull fremtid (Karlsson & Borg, 2013). Når jeg trekker dette inn i denne sammenhengen er det fordi recovery forskningen har spesielt vært knyttet til alvorlig psykiske lidelser. Den viser at de fleste som sliter med psykiske lidelser kommer seg. Håp og positive forventninger til fremtiden er kjent som vesentlige elementer i recovery (Karlsson & Borg, 2013). Selv om recovery er knyttet til en personlig prosess, så er recovery også sosialt. Det er i det vanlige livet man kan øve seg på å være menneske og ta kontroll over eget liv ved hjelp av og i samspill med sine medmennesker. Jeg vil i denne sammenheng vise til en av pasientene skrev i om å inkludere det sosiale nettverket: *”I de dårligste periodene er det de som har gitt meg smakebiter av et ”friskt liv”, støtte og omsorg man ikke får på en lukket psykiatrisk avdeling. De gav meg muligheter til det normale tingene som er livet, og ikke det som var livet for meg: hvite vegger, behandlingsplaner, ansatte med alarmer, og at all sosial omgang er med personer som tilfeldigvis jobber der.”* Når man er innlagt på en lukket psykiatrisk avdeling kan man i perioder være langt vekk fra det ”vanlige livet”. Samspillet med andre vil i mange sammenhenger være med pasienter og

personalet på avdelingen. På denne måten ble nettverksmøtene for denne pasienten smakebiter av et ”friskt liv”.

Jeg vil peke på en annen mulighet for at pasienter og pårørende opplever håp om bedring i nettverksmøtene. Seikkula & Arnkil (2013) sier at målet med behandling ved bruk av åpen dialog er å utvikle et felles språk for erfaringer som ellers ville kunne fortsette med å manifestere seg gjennom pasientens symptomer, slike symptomer kan være psykotisk utsagn (Seikkula & Arnkil, 2013). Jeg opplevd i nettverksmøtene ”Bak lukkede dører” at pasientenes utsagn i nettverksmøtene er preget av hallusinasjoner og vrangforestillinger. Seikkula & Arnkil (2013) skriver om psykotisk tale som en av flere stemmer. Hallusinasjonene kan dukke opp i situasjoner som berører temaer som på en eller annen måte er forbundet med de psykotiske erfaringene. Pasientene kan i mange tilfeller oppleve hallusinasjonene som skremmende og uforståelige, og pårørende har i mange tilfeller ikke visst hvordan de skal håndtere dette. Ofte kan deltakerne i nettverksmøte stå fast i bekymring omkring nye eller fastlåste problem. Seikkula & Arnkil (2013) viser til at ved å la psykotiske ytringer få plass i samtalen vil pasienten og familien delta i en prosess som handler om å lage nye narrativer om bedring og tilfriskning. Det narrative er en metafor som sier at vi mennesker opplever og erfarer våre liv gjennom de historiene vi forteller om dem. Den narrative metaforen sier at historiene om våre liv bestemmer opplevelsen om hvem vi er, og at historien blir nyskrevet eller forandret ved hver ny fortelling (Lundby, 1998). Min erfaring er at i nettverksmøter fortelles det andre historier enn den dominerende problemhistorien og at denne etter hvert viker plassen for en ny fortelling hvor muligheter og håp er tema.

Sælør (2016) skriver at for personer som opplever samtidige psykiske helse- rusproblemer ser håp ut til å være en viktig forutsetning for å oppleve bedring. Forfatteren peker på fire hovedtemaer i sitt doktorgradsarbeid. Det første temaet er at man må selv ”Tørre å tro på at noe bedre er mulig”. Her nevnes det at deltakerne i studien hadde opplevd stigma eller at de som var ment til å hjelpe motarbeidet en. Det var flere eksempler på at stigma kunne gjøre det vanskelig å tro og håpe at endring mot en bedre livssituasjon var mulig. Det neste temaet er deltakernes erfaringer med at konkret og praktisk hjelp kunne bidra til opplevelser av håp. Mange av deltakerne hadde erfart kaotiske livssituasjoner preget av praktiske og økonomiske utfordringer. Hjelp til å overkomme denne typen utfordringer bidro til å gi deltakerne håp om endring mot en bedre livssituasjon. Det neste temaet ble oppsummert slik: ”Du må ha folk du stoler på og som har trua rundt deg”.

Profesjonelle hjelpere, familie og venner hadde vært viktig for de fleste deltakerne. Tillit sto sentralt. Det å bli vist tillit kunne bidra et ønske om å ikke skuffe sine omgivelser enda en gang. Samtidig

kunne relasjoner preget av respekt og tilgjengelighet bidra til et håp om endring til noe bedre. Det siste temaet handlet om deltakernes egeninnsats: ”Du må bestemme deg om du har lyst til å leve med det eller ikke”. Det å bestemme seg så ut til å være en forutsetning, ikke bare for endring, men også for å håpe at noe bedre var mulig. Oppsummert ble håp knyttet til ulike former for endring. Det å kunne tro på noe bedre sto sentralt (Sælør, 2016). Pasienter og pårørende i denne studien opplever håp om bedring og framtidsutsikter. Jeg tenker at nettverksmøtene kan være en arena med mulighet for å tro på noe bedre. Det kan være en arena hvor opplevelsen av å bli stigmatisert kan settes ord på. I nettverksmøtene har pasientene selv bestemt hvem som skal delta i møtene, og man kan tenke seg at dette er folk som de har tillit til kan bidra til hjelp. Min erfaring er at praktiske ting som å få hjelp til å rydde i bolig, skaffe seg jobb, hjelp med økonomi ofte er tema i nettverksmøtene. I tillegg til at dette inngår i det miljøterapeutiske arbeidet på avdelingen er det et vanlig tema når det sosiale nettverket er samlet i nettverksmøtet. Karlsson & Borg (2013) skriver at et hjem, trygg økonomi, noe meningsfullt å gjøre, nærhet til medmennesker og opplevelsen av sosialt felleskap bidrar til god psykisk helse.

5.4. Oppsummering drøfting

Når jeg skal oppsummere drøftingen vil jeg først trekke fram Muligheter i den Åpne dialogen. ”Bak lukkede dører” fremstår Åpen dialog som en helbredende faktor hvor respons er sentralt. Det drøftes ulike muligheter for å gi respons i et nettverksmøte. Gjennom felles forståelse og reflekterende prosesser er blant annet muligheten for respons tilstede. Likeverd blir drøftet gjennom flere aspekter. Skjevhet i relasjon mellom hjelper og den hjelpesøkende kommer til større uttrykk innenfor tvungen psykisk helsevern. I denne forbindelse tematiseres begrepet makt opp mot polyfonisk dialog hvor alle stemmer er like verdifulle. Et annet aspekt er begrepet ”ikke vitende posisjon” som fremstilles som en viktig faktor til opplevelse av likeverd av deltakerne i nettverksmøtene. Et sentralt poeng her er at man som fagperson ikke er uvitende, men at fagpersoner ikke skal handle ut fra antakelser og meninger om situasjoner som en bærer med seg. Det siste aspektet ses i lys av at nettverksmøtene representerer en mulighet til å være åpne og ærlige om sine følelser av skam og skyld overfor sine nærmeste. Dette gjelder både for pasienter og pårørende. Gjennom dette ser det ut som man gjenoppretter balanse i forholdet til sine nærmeste. Dette kan bidra til opplevelse av likeverd.

Håp om bedring og framtidsutsikter blir drøftet gjennom begrepet recovery som spesielt er knyttet til alvorlig psykisk lidelse. Håp og positive forventninger til fremtiden trekkes frem som vesentlige elementer i recovery. Begrepet håp drøftes også som en viktig forutsetning for å oppleve bedring og knyttes opp mot ulike former for endring. Det å kunne tro på noe står sentralt. Tilslutt pekes det på at

ved å la psykotiske ytringer få plass i samtalen vil pasienter og pårørende delta i en prosess som handler om å lage nye narrativer om bedring og tilfriskning.

Underveis i drøftingen tenkte jeg at funnene i denne studien henger nøye sammen med hverandre. Med dette mener jeg at i Åpen dialog i nettverksmøter opplever pasienter og pårørende medbestemmelse. Medbestemmelse kan gi en opplevelse av likeverd som igjen kan føre til at pasienter og pårørende får håp om bedring og får et fremtidsperspektiv.

6.0. Avslutning

Studiens tittel er: ”Åpen dialog bak lukkede dører” og formidler pasienter og pårørendes opplevelser og erfaringer med Åpen dialog i nettverksmøter på en lukket psykiatrisk avdeling. Mitt forskningsspørsmål i studien er: ”Hvordan har du opplevd og erfart Åpen dialog i nettverksmøte ved en lukket psykiatrisk avdeling?” Det fremkommer i denne studien at pasienter og pårørende opplever og erfarer denne tilnærmingen som nyttige. De vil anbefale nettverksmøtene selv om noen var skeptiske i forkant. Funnt i denne studien viser at Åpen dialog i nettverksmøter er relevant for praksis i denne konteksten. Det er to ting som har overrasket meg i denne studien. For det første at funn fra pasienter og pårørende var sammenfallende. I utgangspunktet tenkte jeg at de ville ha forskjellige opplevelser og erfaringer med nettverksmøtene. Derfor var min plan at jeg skulle analysere tekstene fra pasienter og pårørende hver for seg. Det andre som overrasket meg er at pasienter ”bak lukkede dører” opplever likeverd og håp i nettverksmøtene. Sett i lys av konteksten hvor pasientene er innlagt på en lukket avdeling og i all hovedsak innenfor rammen av tvungen psykisk helsevern finner jeg dette overraskende og interessant.

6.1. Kliniske implikasjoner

Ledelsen ved avdelingen etterspurte mer kunnskap om Åpen dialog i nettverksmøter innenfor rammen av en lukket psykiatrisk avdeling. Studien viser at avdelingen har grunn til å fortsette og videreutvikle Åpen dialog i nettverksmøter. I denne sammenheng har jeg gjort meg noen tanker om hvordan vi kan videreutvikle denne tilnærmingen. Et av grunnprinsippene som ble utledet fra forskningen i Finland er umiddelbar hjelp. Dette er et prinsipp som vanskelig lar seg gjennomføre når pasientene i all hovedsak blir overført fra akuttpsykiatrisk avdeling. Likevel bør vi komme raskere i gang med nettverksmøter og involvere det sosiale nettverket fra første stund i tråd med grunnprinsippet i OD. Og for å sikre psykologisk kontinuitet bør vi ha flere nettverksmøter etter at pasienter er utskrevet fra avdelingen.

I tillegg innebærer studien at andre innenfor samme kontekst kan la seg inspirere til å utvikle og utforske Åpen dialog i nettverksmøter som tilnærming. Fagpersoner som ønsker å utvikle denne tilnærmingen kan benytte denne studien til inspirasjon. Tilegne seg kunnskap knyttet til pasienter og pårørendes opplevelse og erfaringer med denne tilnærmingen. I tillegg tilpasse det til sin kontekst. Dette gjelder ikke bare avdelinger innenfor samme helseforetak. Alle avdelinger som arbeider innenfor rammen av en lukket psykiatrisk avdeling kan la seg inspirere til en systematisk utprøving og evaluering av Åpen dialog i nettverksmøter.

6.2. Forskningsmessige implikasjoner

Studien avdekker behov for videre forskning om Åpen dialog i nettverksmøter innenfor rammen av en lukket psykiatrisk avdeling. Ved videre forskning tenker jeg at det ville være interessant å intervju pasienter og pårørende for å kunne utforske deres opplevelser og erfaringer. Ved å gjøre dette vil man kunne gå mer i dybden enn det som var mulig for meg som hadde skriftlige tekster å forholde meg til. Det er også klart for meg at ved å ha et bredere og større utvalg ville man få et rikere datamateriale. Man kan tenke at de som gav meg skriftlige tilbakemeldinger er et selektivt utvalg. Det kan være de pasienter og pårørende som er fornøyd med tilnærmingen som har valgt å gi meg en tilbakemelding.

En annen mulighet jeg kan tenke meg er å benytte klient- og resultatstyrt terapi (KOR) i nettverksmøtene. I KOR innhentes tilbakemeldinger fra brukeren gjennom to skjema: Outcome Rating Scale (ORS) og Session Rating Scale (SRS). Jørgensen, Larsen, Kristensen, Opland (2012) viser til at bruk av skjemaene kan anvendes i nettverksmøter og bidra til å gjøre denne praksisen mer klientstyrt og mer resultatstyrt.

Et annet interessant aspekt ville være å forske om Åpen dialog i nettverksmøte representerer en mulighet for å redusere bruk av tvang og tvangsmidler i denne konteksten. I psykisk helsevern i Norge har det i mange år vært fokus på for høyt bruk av tvang. Erfaringer nasjonalt og internasjonalt viser at god faglig arbeid er det viktigste redskapet for å redusere bruken av tvang (Helsedirektoratet, 2016). Jeg tenker at Åpen dialog i nettverksmøter er et godt faglig redskap for å redusere bruk av tvang.

Et annet interessant aspekt jeg vil nevne vil er å forske om Åpen dialog i nettverksmøter ville kunne redusere antall reinnleggelser. Mange pasienter som skrives ut fra lukket psykiatrisk avdeling innlegges på nytt etter en stund av forskjellige årsaker. Min erfaring er at ved å fortsette med nettverksmøtene etter utskrivelse sikres psykologisk kontinuitet og behovet for ny innleggelse avtar. I denne sammenheng vil jeg nevne at vår avdeling har startet et samarbeid med DPS om forskning om Åpen dialog i nettverksmøter. Ser frem mot dette samarbeidet.

Litteraturliste

- Aaltonen, J., Seikkula, J., & Lehtinen, K. (2011). "The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: I. "The incidence of non-affective psychosis and prodromal states". *Psychosis*: 3:3, 179 -191. DOI: 10.1080/17522439.2011.601750
- Aarre, T.F. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Andersen, T. (1987). The Reflecting team: Dialogue and Meta – Dialogue in Clinical Work. *Family Process*, 26 (4), 415-428.
- Andersen, T. (2005, 2014). *Reflekterende prosesser. Samtaler og samtaler om samtalene*. København: Dansk Psykologisk Forlag A/S.
- Anderson, H. (1997). Conversation, language and possibilities: A postmodern approach to therapy. New York: HarperCollins.
- Anderson, H. (2003). *Samtale, sprog og terapi: Et postmoderne perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Envolving ideas about the implications for theory and practice. *Family Process*, 27, 371-393.
- Andreassen, R. (2001). *Nettverksmøtet: Valdresprosjektet 1999-2001*. Aurdal: DPS Gjøvik, Avd. Aurdal.
- Andreassen, R. (2004). Nettverksmøtet. En arena for lokalt basert psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1(2), 26-35.
- Andreassen, R. (2006). *Valdres-Gjøvik prosjektet. Bruk av nettverksmøter som intervensjon og behandlingsform i ambulant virksomhet*. Aurdal: Sykehuset Innlandet HF.
- Bakhtin, M. (1984). *Problems of Dostoevskijs poetics*. Manchester University Press. Theory and History of Literature, Volume 8.
- Berg, J., & Oppigård, A. (2009). Mot familie- og nettverkssentrering i psykisk helsevern-fortellinger i en fortelling fra en akutt psykiatrisk enhet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6 (4), 310-319.
- Brottveit, Å. (2002). *På pasientens premisser: Erfaringer med nettverksmøte i hjemmebasert psykiatrisk behandling i to Valdres kommuner*. Oslo, Høgskolesenteret.
- Brottveit, Å. (2013). *Åpne samtaler-mer enn ord? Nettverksmøter som kommunikative hendelser, kunnskapsproduksjon og sosial strukturering* (Doktoravhandling). Oslo: Universitetet i Oslo.
- Eliassen, H., & Seikkula, J. (2006). *Reflekterende prosesser i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fyrand, L. (2005, 2010). *Sosialt nettverk: teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gromer, J. (2012). "Need-adapted and open-dialogue treatments: empirically supported psychosocial interventions for schizophrenia and other psychotic disorders". *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 14 (3), 162-177. Hentet fra

<http://search.proquest.com/docview/1284524900?accountid=31375>

Hald, M., & Hoven, S. (2009). Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn. Et forsøk på organisering av et helhetlig brukernært spesialisthelsetilbud. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6 (3), 224-233.

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

HELSE DIREKTORATET 2008. Pårørende - en ressurs: Veileder om samarbeid med pårørende inne psykiske helsetjenester. Oslo, Helsedirektoratet.

HELSE DIREKTORATET 2016. Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014. Oslo, Helsedirektoratet.

Holloway, V., Sørensen, T., & Dalgard, O. S. (2009). The Valdres Project: A study of perceptions and experiences with network meetings, including mental health clients, social network members and professional staff members. Oslo: folkehelseinstituttet.

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

Jørgensen, A.W., Larsen, B. B., Kristensen, L., & Opland, T. Åpne samtaler i nettverksmøter + KOR = Sant? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9 (3), 251-260.

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

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kvarv, S. (2010). *Vitenskapsteori-tradisjoner, posisjoner og diskusjoner*. Oslo: Novus forlag.

Lindseth, A., Nordberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian journal of caring sciences* 18, 145-153.

Lundby, G. (2009). *Terapi som samarbeid. Om narrativ praksis*. Oslo: Pax Forlag A/S.

Lundby, G. (2003). *Historier og terapi. Om narrativer, konstruksjonisme og nyskriving av historier*. Oslo: Tano Aschehoug.

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

Mogensen, A. M., Andersen, H., Jensen, P., & Nøjd, R. (2014) Orion – Fra verdier til hverdag. En metodekatalog med fokus på de metoder som anvendes i det individuelle samarbejde mellom bruker og medarbeider i Orion.

Olsen, S.H. (2012). *Nettverksmøter: en analyse av effekten av nettverksmøter ved Akershus universitetssykehus* (Masteroppgave). Psykologisk institutt. Trondheim.

- Olson, M., Seikkula, J., & Ziedonis, D. (2014). *The key elements of dialogic practice in open dialogue: Fidelity Criteria*. USA: University of Massachusetts Medical School. Finland: University of Jyväskylä.
- Seikkula, J. (1995). From monologue to dialogue in consultation with larger system. *Human systems*, 6, 21-42.
- Seikkula, J. (2000). *Åpne samtaler*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001). *Open dialogue in psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases*. *Journal of Constructivist Psychology*, 14 (4), 267-284. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc3&AN=2001-11494-002>
- Seikkula, J. (2002). Open dialogue with good and poor outcomes for psychotic crises: Examples from families with violence. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 263-274.
- Seikkula, J. (2003). *Open dialogue integrates individual and systemic approaches in serious psychiatric crises*. *Smith College Studies in Social Work*, 73 (2), 227-245 Hentet fra <http://www.tandfonline.com/doi/ref/10.1080/00377310309517683>
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A., & Lehtinen, V. (2003). *Open dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow up on first episode schizophrenia*. *Ethical Human Sciences and Services*, 5, 163-182. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext%D=psyc4&AN=2004-12843-001>
- Seikkula, J., Arnkil, T. E., & Eriksson, E. (2003). Postmodern society and social networks: open and anticipation dialogues in network meetings. *Family process*, 42 (2) 185-203. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed6&AN=12879593>
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keranen, Y., & Lehtinen, K. (2006). "Five-Year experience of first-episode non-affective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies". *Psychotherapy Research*, 16 (2), 214-228. DOI: 10.1080/10503300500268490
- Seikkula, J. (2008). Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy. *Journal of Family Therapy*, 30 (4), 478-491. Hentet fra <https://www.power2u.org/downloads/OpenDialogInnerOuterVoicesFamilyNetworkDialogSeikkula.pdf>
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2011). The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II: long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care". *Psychosis*, 3 (3), 192-204. DOI: 10.1080/17522439.2011.595819
- Seikkula, J. (2011). Becoming dialogical: Psychotherapy or a way of life? *Australian and New Zealand journal of Family Therapy*, 32 (3), 179-193. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc8&AN=2011-22105-002>

- Seikkula, J., & Alakare, B. (2012). Open dialogues with patient with psychosis and their families. I Romme M & Escher, S. (Ed). Psychosis as a personal crisis: An experience-based approach (116-128). US: Routledge/Taylor & Francis Group US. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com.ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc9&AN=2011-24070-011>
- Seikkula, J., & Arnkil, T. (2013). *Åpen dialog i relasjonell praksis: Respekt for annerledeshet i øyeblikket*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. (2007). *Nettverksdialoger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sjømæling, B.W., & Vatne, S. (2009). Hvordan planlegge nettverksmøter fra en akuttpsykiatrisk enhet? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6 (1), 15-24.
- Studieplan for klinisk helsearbeid (2013 -2017). HBV.
- Sælør, T. (2016). Tro, håp og hinderløyper. *Psykisk helse og rus*, 27 (1), 38-42.
- Sættem, R. (2008). *Nettverksmøter som behandlingstilnærming*. (Masteroppave) Molde: Høgskolen i Molde.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomas, S. P. (2011). Can a Finnish approach work elsewhere?? *Issues in Mental Health Nursing*, 32 (10), 613.
- Thylstrup, B. (2009). *Dual diagnosis and treatment relations*. (PhD thesis) Copenhagen: Copenhagen University.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Vange, B., Christensen, D., Steinicke, A., Hansen, L., Muller-Nielsen, K., & Hansen, A. (2009). Fire åpne samtaler og en lukket- en ungdomspsykiatrisk praksisbeskrivelse. *Fokus på familien*, 4, 256 - 270.
- Vigrestad, T., & Hellandshølen, A.M. (2012). *Åpne samtaler i nettverksmøter. En veileder*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vaaland, T.Ø. (2007). *Brev til en minister. Historier om psykisk helse og rus skrevet til Ansgar Gabrielsen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Weimand, B. (2013). "Experiences and Nursing support of relatives of persons with Severe Mental Illnes". Erfaringskompetanse.no.
- White, M. (1993). *Nya vagar inom den systemiska terapin*. Stocholm: Mareld forlag.
- www.helsedirektoratet.no
- www.helsedirektoratet.no

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Åpne dialoger bak lukkede dører ”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om du ønsker å dele de tilbakemeldinger som du har gitt for bruk i en norsk fagartikkel. Du har tidligere deltatt i nettverksmøter på Avdeling spesialpsykiatri, Akershus universitetssykehus HF, og valgt å gi tilbakemelding på dine erfaringer med disse møtene. Vi ønsker å belyse hvordan behandlere, pasienter, pårørende og samarbeidspartnere opplever det å delta i nettverksmøter. Vi ønsker å skrive en fagartikkel i et norsk fagtidsskrift for å beskrive hvordan det har vært å arbeide med åpne dialoger i nettverksmøter på en lukket langtidspost. I den sammenheng ber vi om tillatelse til bruke din tilbakemelding, knyttet til den rolle du hadde i møtene f eks pasient eller pårørende.

Hva innebærer studien?

Du har allerede gitt oss dine tilbakemeldinger, og utover dette innebærer ikke studien noe for deg. Det er fullt forståelig om du ikke ønsker å delta. I slike tilfeller vil dine tilbakemeldinger ikke brukes i noen publikasjoner.

Mulige fordeler og ulemper

Det vurderes ikke å være noen direkte fordeler eller ulemper med å delta i studien.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Vi ønsker å knytte tilbakemeldingen din til den rolle du hadde i nettverksmøtene (pasient, pårørende, samarbeidspartner, behandler). Utover dette er ingen informasjon om deg registrert. Tilbakemeldingen vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Ditt eventuelle samtykke vil, sammen med din tilbakemelding, lagres i et låst brannsikket skap. Kun prosjektleder har nøkkel.

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. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. 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, kan du kontakte Sofie Ragnhild Aminoff, telefonnummer 936 28 615.

Personvern

Utover at din tilbakemelding knyttes til den rolle du hadde i nettverksmøtene vil ikke noen opplysninger om deg registreres. Akershus universitetssykehus HF ved administrerende direktør er databehandlingsansvarlig.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Opplysninger som lagres er din tilbakemelding og din rolle i nettverksmøtene. Du har videre rett til å få korrigeret eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet din tilbakemelding, med mindre opplysningene allerede er brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi og Avdeling spesialpsykiatri sin rolle

Studien gjennomføres innen rammene for arbeidstid for medarbeiderne på Akershus universitetssykehus HF og er ikke eksternt finansiert. Akershus universitetssykehus har ingen økonomiske interesser i forhold til studien.

Informasjon om utfallet av studien

Vi ønsker å publisere i Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Ellers kan man få informasjon gjennom kontakt med prosjektleder.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 2. Svar fra REK



Region:

REK sør-øst

Saksbehandler:

Vivi Opdal

Telefon:

22845526

Vår dato:

30.01.2014

Deres dato:

10.12.2013

Vår referanse:

2013/2386/REK sør-øst A

Deres referanse:

Sofie Ragnhild Aminoff Akershus universitetssykehus HF

2013/2386 Åpen dialog bak lukkede dører

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) A i møtet den 14.01.2014. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Forskningsansvarlig: Akershus universitetssykehus HF **Prosjektleder:** Sofie Ragnhild Aminoff

Prosjektbeskrivelse

Prosjektet skal bruke allerede innsamlede data om erfaringer med et allerede gjennomført behandlingstilbud kalt «Åpne nettverksmøter». Tilbudet består i å la pasienter i tvunget psykisk helsevern invitere til åpen dialog i et møte med pårørende, samarbeidsparter og behandlere. Det foreligger tilbakemeldinger om erfaringer med disse møtene fra fire pasienter, fem pårørende og en samarbeidspartner, og prosjektleder ønsker å innhente samtykke til å bruke disse opplysningene. I tillegg skal det inkluderes 20 profesjonelle fra egen avdeling.

Komiteens vurdering

Etter komiteens vurdering vil ikke prosjektet, som har som formål å samle erfaringer med et behandlingstilbud for å styrke brukerkunnskapen og brukermedvirkningen i behandlingen av denne pasientgruppen, frembringe ny viten om diagnose eller behandling av sykdom og er derfor ikke å anse som medisinsk og helsefaglig forskning, jf. helseforskningslovens definisjon av dette.

Hva som er medisinsk og helsefaglig forskning fremgår av helseforskningsloven § 4 bokstav a hvor medisinsk og helsefaglig forskning er definert slik: *"virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom"*.

Vedtak

Prosjektet faller ikke inn under virkeområdet til helseforskningsloven og er derfor ikke fremleggingspliktig for REK.

Det er institusjonens eget ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Besøksadresse: Telefon: 22845511 Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo **E-post:** post@helseforskning.etikkom.no

Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK sørøst A. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jf. forvaltningsloven § 29.

Med vennlig hilsen

Knut Engedal Professor dr. med. Leder

Kopi til:

torleif.ruud@ahus.no Akershus universitetssykehus HF v/ øverste administrative ledelse



TILRÅDING TIL INTERN KVALITETSSIKRING

Til: Sofie Ragnhild Aminoff, psykolog/forsker (Ph.D.)
Avdeling spesialpsykiatri

Kopi: Torleif Ruud, avd.sjef FOU ved psykisk helse og
Solveig Lundsvoll

Fra: Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring

Saksbehandler: Randi Otterstad

Dato: 30. januar 2014

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets tilråding til innsamling og
behandling av personopplysninger

Saksnummer/ 14-015
Personvernnummer:

Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger for intern kvalitetssikring

”Åpen dialog bak lukkede dører”

Prosjektbeskrivelse:

Avdeling spesialpsykiatri (ASP), seksjon A har innført et tilbud om åpen dialog i nettverksmøter til pasienter innlagt under tvunget psykisk helsevern. Dette som et ledd i å styrke brukerkunnskap og brukermedvirkning i behandling av denne pasientgruppen. I etterkant av møtene har man bedt deltakerne om å gi en tilbakemelding på hvilke erfaringer de har med disse møtene. Fagutviklingssykepleier ønsker å skrive en fagartikkel om de erfaringer som ASP har gjort med å arbeide med denne metoden.

Artikkelen skal primært handle om å sammenfatte avdelingens erfaringer med å drive nettverksmøter på en lukket langtidspost innen psykisk helsevern, etter metoden åpen dialog. For å gi et helhetlig bilde av bruk av metoden på et slikt nivå i helsevesenet ville det være ønskelig å kunne bruke de tilbakemeldinger som har kommet fra pasienter, pårørende og samarbeidspartnere. Det vil ikke bli gjort noen analyse utover det å sammenfatte innholdet i de tilbakemeldingene som har blitt mottatt.

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er en formell tilråding fra personvernombudet. Forutsetningene nedenfor må være oppfylt før innsamlingen av opplysningene / databehandlingen kan begynne.

Med hjemmel i Personopplysningsforskriftens § 7-12 jf. Helseregisterlovens § 36 har Datatilsynet ved oppnevning av personvernombud for forskning og kvalitetssikring, fritatt



sykehuset fra meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av helse- og personopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen faller inn under helsepersonellovens § 26: *Den som yter helsehjelp, kan gi opplysninger til virksomhetens ledelse når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten. Opplysningene skal så langt det er mulig, gis uten individualiserende kjennetegn.*

Personvernombudet tilrår at kvalitetsregisteret gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Databehandlingsansvarlig er Ahus ved adm. direktør.
2. Avdelingsleder og forskningsansvarlig i divisjonen/klinikken har godkjent gjennomføringen av prosjektet.
3. Personvernombudet vurderer dette prosjektet til å være intern kvalitetssikring. Prosjektleder opplyser om at det er sendt inn søknad til REK, dersom REK vurderer prosjektet til å være omfattet av helseforskningsloven – ber vi om en tilbakemelding på dette.
4. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i studien skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
5. Tilgangen til registeret skjer i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene.
6. Det skal innhentes samtykke fra prosjektdeltakerne.
7. Data lagres som oppgitt i meldingen. Kodeliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og oppbevares separat nedlåst på adgangsbegrenset rom på sykehuset eller elektronisk som separat fil på tilgangsstyrt prosjektområde på forskningsserver i sikker sone. Kontakt datafangstgruppen for opprettelse av prosjektområde på forskningsserver på datafangst@ahus.no
8. Prosjektslutt er 1.12.2014. Data slettes eller anonymiseres senest 1.12.2014 ved at kodelisten slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter i databasen fjernes.
9. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet informeres om dette.
10. Kontaktperson for prosjektet skal hvert tredje år sende personvernombudet ny melding som bekrefter at databehandlingen skjer i overensstemmelse med opprinnelig formål og helseregisterlovens regler.
11. Resultatene kan publiseres, forutsatt at det er besluttet av leder og at opplysningene fremstår som anonyme.



Side 3/3

Prosjektet er registrert i oversikten over tilrådinger som Personvernombudet fører for sykehuset. Oversikten er offentlig tilgjengelig.

Lykke til i prosjektet!

Med vennlig hilsen
for Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring

Randi Otterstad
Seniorrådgiver personvern/biobank
Akershus universitetssykehus HF
Enhet for forskning og pasientsikkerhet

Epost: personvern@ahus.no

Web: www.ahus.no

Meldeskjema for tilrådning av forsknings- og kvalitetsprosjekter

Meldeskjemaet skal utfylles for

- 1) Kvalitetssikring
- 2) Medisinsk/helsefaglig forskning
- 3) Helsetjenesteforskning
som omfatter bruk av person- og helseopplysninger og humant biologisk materiale.

Mer informasjon: [internett siden til Ahus](#) (Gå til www.ahus.no > Forskning og utvikling > Rutiner for forskning).

Utfylt skjema med vedlegg sendes til: personvern@ahus.no

A Prosjektopplysninger	
1 Prosjektleder ved Ahus (obligatorisk)	
Telefonnummer: 93628615	E-postadresse: s.r.aminoff@medisin.uio.no
Navn, stilling: Sofie Ragnhild Aminoff, psykolog/forsker (Ph.D.)	Avdeling: Avdeling spesialpsykiatri
2 Ekstern prosjektleder dersom prosjektet ledes av annen institusjon	
Navn, stilling:	Avdeling:
Telefonnummer:	E-postadresse:
3 Prosjektet er godkjent av forskningsansvarlig i divisjonen ved Ahus (obligatorisk)	
<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Navn, stilling: Torleif Ruud, avd.sjef FOu	Divisjon eller klinikk: Forskning og undervisningsavdelingen-psykisk helse
4 Prosjekt tittel	
Norsk tittel: Åpen dialog bak lukkede dører (Kortfattet, allment forståelig)	
Vitenskapelig tittel: (Utfyllende/faglig/engelsk, hvis aktuelt)	
5 Prosjekt formål	
Gi en allment forståelig og kortfattet beskrivelse av bakgrunn og formål. Maksimalt 1000 tegn med mellomrom.	

Endringsmelding til saksnr.14 -015.

DEL prosjekt til saksnr. 14 – 015

Viser til tidligere prosjektsøknad. Det første prosjektet blir utsatt på grunn av at fagutviklingssykepleier Jorunn Sørsgård har begynt på masterstudie i psykisk helsearbeid. Masteroppgaven vil være et kvalitativt studie av pasienter og pårørendes opplevelse av åpne dialog i nettverksmøter. Det er ønskelig å gjøre en analyse av de skriftlige tilbakemeldingene som pasienter og pårørende har gitt etter å ha vært deltakere i nettverksmøter. I etterkant av innlevert masteroppgave er planen og skrive en vitenskapelig artikkel om dette temaet. Det er derfor ønskelig å benytte dataene tre år frem i tid. Deltakeren i nettverksmøtene har gitt skriftlig samtykke til å benytte tilbakemeldingene i en fagartikkel. I masteroppgaven vil det gjøres en analyse av tilbakemeldingene.

Tidligere medforfattere vil ikke lenger være aktuelle da prosjektet blir utsatt og endret. Medforfatter ved en vitenskapelig artikkel vil være Ritva Jacobsen.

Master oppgaven er organisatorisk plassert ved fakultet for helsevitenskap ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold. (HBV). Forskningsansvarlig institusjon er HBV ved prosjekteier dekan Heidi Kapstad. Prosjektveileder er professor Bengt Karlsson.

6 Prosjektperiode

Periode omfatter fra rekruttering til og med publisering.

Studiestart (dd.mm.åååå):	Studieslutt (dd.mm.åååå):	Slette tidspunkt for oppbevaring av opplysninger mht etterprøving (dd.mm.åååå):
01.08.15	01.08.18	01.08.18

7 Andre prosjektopplysninger

☒ Kvalitetssikring
(Undersøke om etablert behandling/praksis gir de ønskede resultater)

☐ Medisinsk/helsefaglig forskning
(Produsere ny vitenskapelig kunnskap om sykdom og helse)

☐ Annen forskning, inkludert Helsetjenesteforskning, som er utenfor REKs mandat for godkjenning

☐ Nei ☒ Ja, oppgi navn og personvern saksnummer. på prosjekt: 14-015

x ☐ Nei ☐ Ja Hvis ja, kryss av:

- ☐ Del av internasjonal multisenterstudie
- ☐ Selvstendig datainnsamling i utlandet
- ☐ EU prosjekt

X ☐ Nei ☐ Ja

Hvis ja, kryss av:

☐ Master ☐ Doktorgrad

☐ Annet, beskriv: _____

☐ Interne strategiske forskningsmidler
x ☒ Finansiert av avdelingen
☐ Eksternt:

Prosjektnummer/kostnadsted:

Navn, stilling, avdeling: Jorunn Sørgård , fagutviklingssykepleier , ASP, seksjon A
Ritva Jacobsen, seksjonsleder, ASP, seksjon A

8 Samtykke

Skal det søkes om unntak fra taushetsplikten? ☐ Ja ☒ Nei

Hvis ja, begrunn hvorfor:

9 Detaljer om prosjektets informasjonsbehandling	
9.1 Type personopplysninger databehandlingen / prosjektet skal omfatte: <i>(Flere avkryssninger mulig)</i>	
9.1.1 Ikke-sensitive personopplysninger Identifikasjonsopplysninger <input type="checkbox"/> Navn, adresse, fødselsdato <input type="checkbox"/> Fødselsnummer (11 siffer) <input type="checkbox"/> Fingeravtrykk, iris <input type="checkbox"/> Annet:	9.1.2 Sensitive personopplysninger (jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8) Prosjektet omfatter opplysninger om <input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Fagforeningstilhørighet Presiser hvilke opplysninger som innhentes: Opplysninger om erfaringer med åpen dialog i nettverksmøter fra pasienter, pårørende og samarbeidspartnere, samt hvilken rolle deltakeren hatt (f eks pasient, pårørende, samarbeidspartner).
9.2 Utvalg <i>(Flere avkryssninger mulig)</i>	
Behandlingen omfatter opplysninger om: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Pasienter ved Ahus <input checked="" type="checkbox"/> Pårørende <input type="checkbox"/> Pasienter ved andre sykehus/ institusjoner </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Ansatte ved Ahus <input type="checkbox"/> Elever/ studenter <input type="checkbox"/> Andre, utdyp: </div> </div>	
9.3 Innsamling av opplysningene	
Hvordan personopplysningene samles inn (flere avkryssninger er mulig) <input checked="" type="checkbox"/> Manuelt <input checked="" type="checkbox"/> Elektronisk (tekst, bilde, analysesvar) <input type="checkbox"/> Videoopptak <input type="checkbox"/> Lydopptak <input type="checkbox"/> Annet (beskriv hvordan): Hvor innhentes personopplysningene fra: <input checked="" type="checkbox"/> Fra den registrerte personlig. <input type="checkbox"/> Fra elektronisk system (journal/laboratorie/bilddiagnostikk), angi hvilke: <input type="checkbox"/> Internt kvalitetsregister, angi hvilke: <input type="checkbox"/> Forskriftsregulerte registre (eksempelvis fødselsregister, kreftregister eller dødsårsaksregister, eller interne konsesjonsbelagte registre). Angi hvilke registre: <input type="checkbox"/> Fra andre sykehus. Angi hvilke: <input type="checkbox"/> Annet (beskriv hvor fra): Hvis innsamlingen av personopplysninger skal utføres fra andre virksomheter, beskriv gjennomføring:	
9.4 Uttrekk av helseopplysninger fra Ahus:	
Hvem utfører uttrekk av helseopplysninger fra journal eller registre ved Ahus: Den som utfører uttrekket må ha et ansettelsesforhold ved Ahus, eller på annen måte være under Ahus instruksjonsmyndighet og ha gyldig grunnlag for uttrekket. <input type="checkbox"/> Prosjektleder eller prosjektmedarbeider. <input type="checkbox"/> Datafangstgruppen, send forespørsel til datafangst@ahus.no <input type="checkbox"/> Andre – oppgi hvem:	
9.5 Lagring og behandling av opplysninger <i>(Flere avkryssninger mulig)</i>	
Hvordan lagres opplysningene? <input type="checkbox"/> Forskningsserver ved Ahus <input type="checkbox"/> Forskningsserver ved UiO (kun anonymiserte data) <input checked="" type="checkbox"/> På papir. Forklar hvordan dette sikres mot uvedkommende: Oppbevares i brannsikkert låst skap <input type="checkbox"/> På video, tape eller annet opptak. Beskriv hvordan dette er sikret og om personen kan identifiseres:	

☐ Annet (for eksempel andre virksomheters nettverk). Beskriv:

9.6 Gjenfinning av opplysningene

a) Hvordan gjenfinnes opplysningene? (Bruk av direkte identifisering som personnummer og navn skal forsøkes unngått)

- ☐ Opplysningene lagres med navn, personnummer eller annet som entydig angir det enkelte individ
☒ Opplysningene lagres aidentifisert (ved bruk av krysslister, kodenøkkel, løpenummer eller lignende)

b) Hvordan er krysslister/kodenøkler beskyttet/lagret?

- ☒ På papir, nedlåst på adgangsbegrenset rom på Ahus
☐ Tilgangsstyrt prosjektområde på forskningsserver i sikker sone
☐ Annet, forklar:

c) Opplysningene er anonyme

- ☐ Anonyme opplysninger er informasjon som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler, eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.

9.7 Utlevering av opplysningene

Blir personopplysningene gjort tilgjengelige/utlevert til andre samarbeidspartner(e) ☐ Ja ☒ Nei

Dersom ja:

Oppgi mottakers navn og adresse:

Er virksomheten innenfor EU/EØS: ☐ Ja ☐ Nei

Vil den eksterne virksomheten brukes som ressurs/laboratorium/annet for denne studien: ☐ Ja ☐ Nei

Vil mottakeren ha eget formål/studie: ☐ Ja ☐ Nei

Hva blir overført?

- ☐ Informasjon med navn, personnummer eller annet som entydig angir det enkelte individ
☐ Aidentifisert informasjon (kan identifiseres vha. en kode eller et løpenummer.)
☐ Anonymisert informasjon (kan ikke knyttes til en enkeltperson)

Hvordan oversendes informasjonen til andre virksomheter?

- ☐ Personlig overlevering
☐ Kryptert e-post (datafangstgruppen)
☐ Legges ut på sikret område for nedlasting av mottaker (kryptert)
☐ Registreres på sikret webserver, som ikke krever installasjon på Ahus-nett
☐ Annet. Beskriv nærmere:

10 Opprettelse av biobank / utførsel av materiale

10.1 Opprettelse eller bruk av eksisterende biobank, oppgi:

Forskningsbiobankens navn:

Ansvarshavende person:

Forskningsbiobankens innhold (vev, blod og lignende):

Antall givere:

Oppbevaringstid: fra til

Gjøres genetiske undersøkelser som har diagnostiske, prediktive eller
behandlingsmessige konsekvenser for deltakeren?

☐ Ja ☐ Nei

Er genetiske opplysninger tenkt tilbakeført til deltakeren?

☐ Ja ☐ Nei

10.2 Utførsel av biologisk materiale til annen institusjon:

Institusjon og land:

Kontaktperson:

Vedlegg 5. Svar fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Bengt Karlsson

Institutt for helsefremmende arbeid Høgskolen i Buskerud og Vestfold

Postboks 2243

3103 TØNSBERG

Vår dato: 07.09.2015

Vår ref: 44230 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.08.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

44230	<i>Åpen dialog bak lukkede dører - pasienter og pårørendes opplevelse av åpen dialog i nettverksmøter på en lukket psykiatrisk avdeling innenfor spesialisthelsetjenesten</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Buskerud og Vestfold, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Bengt Karlsson</i>
<i>Student</i>	<i>Jorunn Sørgård</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, 01.08.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Anne-Mette Somby

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

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uio.no

Vedlegg 6. Matrise

Hovedtema	Kategorier	Tekstnære enheter
Medbestemmelse	Pasientens møte	<ul style="list-style-type: none">- pasienten bestemmer hvem som skal inviteres- pasientene bestemmer agendaen- møtedeltakernes og pasientenes behov står i fokus- pasienten i sentrum
Muligheter i den åpne dialogen	Felles forståelse Reflekterende prosesser	<ul style="list-style-type: none">- se ting på en annen måte- ingen trenger å lure på noen ting- prate fritt- sett og hørt- fått snakket om ting vi ellers ikke hadde fått snakket om- normal dialog med familien igjen- informasjon og innblikk
Håp om bedring og fremtidsperspektiv	Muligheter Bedring	<ul style="list-style-type: none">- Bedre rustet til å møte fremtiden- Åpnet mange dører for meg- Resultert i mange gode løsninger på mitt problem- Møtene har gitt meg smakebiter av et

		<p>”friskt liv”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muligheter til det normale tingene som er livet - Vår datter er i ferd med å bygge opp en helt ny plattform - Gitt oss trygghet på at vår datter har en fremtid
Viktige faktorer i nettverksmøtene	<p>Møteledelse</p> <p>Relasjon</p> <p>Fleksibilitet</p> <p>Å berøres</p>	<ul style="list-style-type: none"> - stor takhøyde - humor - lønner seg å planlegge - hjelp med innkalling - god tid - ro og trygghet - uten oppsatt plan fløt samtalen lettere - uformell stil - stor åpenhet - bør starte tidlig - litt svevende, kunne vært litt mer konkret - usikker på om avtaler ble fulgt opp - det normale i møtene like viktig som det vanskelige - satt ord på følelser
Likeverd	<p>Verdighet</p> <p>Maktfordeling</p>	<ul style="list-style-type: none"> - pårørende tatt imot på en verdig måte - alle stemmer blir

		<p>hørt</p> <ul style="list-style-type: none"> - godt å la andre ta del i det vi synes har vært vanskelig - diskutere muligheter - snakke fritt - Ingen ting er ”dumt” - Følte oss hele tiden inkludert
--	--	--