

«Åpen dialog bak lukkede dører» – pasienter og pårørendes erfaringer med Åpen dialog i nettverksmøter ved en lukket psykiatrisk avdeling

Jorunn Sørgård

Akershus universitetssykehus HF
jorunn.sorgard@ahus.no

Bengt Karlsson

Høgskolen i Sørøst-Norge
bengt.karlsson@usn.no

Sammendrag

Artikkelen beskriver en studie om pasienters og pårørendes erfaringer med åpen dialog i nettverksmøter ved en lukket psykiatrisk avdeling. Vår tilnærming bygger på forskningsarbeider om Åpen dialog (OD) i Finland. Denne forskningen fokuserer på nettverksmøter innen 24 timer ved akutte psykiske kriser. Syv prinsipper for arbeidet med Åpen dialog er basert i denne forskningen. Vår tilnærming kalles åpen dialog i nettverksmøter og tilbys pasienter og pårørende ved vår avdeling. Studiens data er skriftlige tilbakemeldinger fra nettverksmøtedeltakerne. Funnene viser at åpen dialog i nettverksmøter er relevant praksis i vår kontekst. Deltakerne erfarer økt medbestemmelse i egen behandling, opplevelser av likeverd samt håp om bedring.

Nøkkelord: Åpen dialog, nettverksmøter, lukket psykiatrisk avdeling, psykose

Abstract

This article describes a study of patients and their family members with Open Dialogue at a closed psychiatric ward. Open Dialogue is a network-based approach, which emerged in Finland. It draws on seven principles. Our approach is based in open dialogue in network meetings and is offered to the patients and their family members at the closed ward. Data derived from written feedback from the participants. The findings shows that the participants felt they had the opportunity to decide on matters relating to their treatment. They also reported experiencing a sense of equality and a hope for recovery. Open Dialogue can be seen as an applicable practice in this context.

Keywords: Open Dialogue, network meeting, closed psychiatric ward, psychosis

Introduksjon

Statlige føringer har de siste årene vektlagt økt satsning innen psykisk helse- og rustjenestene på modeller og praksiser som styrker brukermedvirkning, samarbeid og nettverksmobilisering (Helsedirektoratet, 2008; 2014). Målet er å styrke personens deltakelse og kontroll over eget liv, involvere familie og nettverk, redusere institusjonalisering og tilby flere lokalbaserte tjenester (Karlsson & Borg, 2013). Åpen dialog (ÅD) er en forskningsbasert nettverksmodell som ivaretar brukerdeltakelse, involvering og inkludering av familie- og nettverk, tilgjengelighet og forutsigbarhet. ÅD er nettverksmobiliserende og skjer gjennom en dialog- og samarbeidsbasert tilnærming. Den ivaretar et sosialt nettverksperspektiv og er forankret i syv prinsipper for samarbeidende tjenester og praksiser: (1) Rask hjelp, (2) Sosialt nettverksperspektiv, (3) Fleksibilitet og mobilitet, (4) Teamets ansvar, (5) Psykologisk kontinuitet, (6) Toleranse for usikkerhet, (7) Dialog (Seikkula & Arnkil, 2013). Forskning om tilnærmingen i Finland viser en raskere bedring av pasientens psykiske krise, redusert innleggelsestid, redusert bruk av tvangstiltak samt psykofarmaka. (Seikkula et al., 2001; 2003; 2006; 2011; Aaltonen et al., 2011).

De siste 15 årene er det utviklet og gjennomført forskningsarbeider basert i ÅD i flere land. Fagmiljøer i Norge, Danmark og Sverige har tatt i bruk tilnærmingen som viser overveiende positive erfaringer og resultater (Heskestad & Rosengren, 2012). Sjømælingen og Vatne (2009) beskriver hvilke erfaringer man gjorde seg ved en akuttpsykiatrisk enhet knyttet til å planlegge og gjennomføre nettverksmøter. Siden 2013 er det i Norge gjennomført og avslut-

tet tre doktorgradsarbeider om ÅD (Brottveit, 2013; Holmesland, 2015; Bø, 2016). Brottveit (2013) undersøker nettverksmøter som tilbys personer som erfarer alvorlige psykiske lidelser. Studien ser på hvilke verdier og kunnskaper som er i og på spill i møtene, og hvilke betingelser som gjør nettverksmøtene terapeutiske og ikke. Holmesland (2015) undersøker et lokalt prosjekt på Sørlandet omtalt som «Prosjekt felles utvikling». Hun undersøker de profesjonelles erfaringer med opplæring i og bruk av Åpen dialog i nettverksmøter i helse-, sosial- og undervisningssektorene. Bø (2016) utforsker hvordan ungdommer med psykisk helseutfordringer har opplevd å få hjelp fra profesjonelle gjennom bruk av Åpen dialog i nettverksmøter, og hvordan ungdommenes erfaringsbaserte kunnskap kan forandre psykisk helsetjeneste til barn og unge.

Konteksten for forskning om ÅD i Finland har vært akuttpsykiatrisk arbeid. Målgruppen er unge voksne innlagt med førsteangstpsykose. Hensikten med denne artikkelen er å utforske og beskrive pasienters og pårørendes erfaringer med åpen dialog i nettverksmøter ved en lukket psykiatrisk avdeling. Artikkelen baserer seg på en forskningsstudie fra avdelingen (Sørgård, 2016). Avdelingens tilnærming omtales som åpen dialog i nettverksmøter, og er en del av behandlingstilbudet. Avdelingen har 30 pasientplasser fordelt på tre seksjoner, hvorav en er sikkerhetsseksjon. Åpen dialog i nettverksmøter var et prosjekt fra 2011 til 2012. Formålet var å utvikle tilnærmingen ved en av seksjonene. Pasientene på seksjonen har vært innlagt over tid, ofte med bruk av tvang, og opplever et høyt lidelsestrykk. Både pasientgruppen, konteksten og tids-

punkter for nettverksmøter adskiller seg grunnleggende fra den finske modellen. Vår praktisering av åpen dialog i nettverksmøter innebar at pasientene inviterte sitt sosiale nettverk til møter på avdelingen. Her samtalte man om det som pasienten og det sosiale nettverket var opptatt av og opplevde som viktig i samarbeidet. I nettverksmøter medvirker pasientene i stor grad, og kan slik bli en aktiv aktør i egen behandling. I prosjektperioden ble det gjennomført 38 nettverksmøter fordelt på ni pasienter. Noen pasienter hadde bare ett møte. Andre hadde opptil seks nettverksmøter før de ble utskrevet fra avdelingen.

Pasientene på avdelingen utredes og behandles for psykoselidelse ofte i kombinasjon med vold- og rusproblematikk, og behandles oftest innenfor tvungent psykisk helsevern. Det innebærer ulike former for innskrenkning av pasientens personlige frihet. En tvangsinnleggelse har også emosjonelle aspekter. Pasienten mister bestemmelsesretten over seg selv og eget liv. Dette kan oppleves som overgripende og krenkende (Bøe, 2016). En tvangsinnleggelse kan medføre store belastninger for pårørende fordi de har tatt initiativ til innleggelsen. Forut for selve innleggelsen kan pårørende ha vært gjennom en vanskelig prosess. De kan over lang tid ha følt seg alene med hovedansvaret for sin kjære som erfarer en alvorlig psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2008).

«Lukkede dører» på vår avdeling innebærer at alle dører er låste. Ingen slipper ut eller inn uten at man har nøkkel. Det er stort fokus på struktur og sikkerhet. Pasientene kan skjermes på en skjermingsenhet hvis vilkår for skjerming er til stede. Beltelegging og tvangsmedisinering forekommer når

dette vurderes som nødvendig. I denne konteksten behandles pasienter med en alvorlig psykisk lidelse. Som en del av behandlingsopplegget tilbys åpen dialog i nettverksmøter til pasientgruppen (Sørgård, 2016).

Alle pasienter skal få tilbud om åpen dialog i nettverksmøter. Pasientens primærkontakter har samtale med pasienten om dennes nettverk. Det tegnes nettverkskart sammen med pasienten, og følgende spørsmål stilles: «Hvis du skulle ha et møte med nettverket ditt, hvem ville du da ha invitert?» Basert i svaret planlegges et mulig nettverksmøte sammen med pasienten. I nettverksmøtet deltar pasienten, dennes sosiale nettverk og fagpersoner. Møtet ledes av to fagpersoner med nettverksmøtelederkompetanse. Møtene har ingen forhåndsbestemt agenda. Det spørres innledningsvis åpent om hva man kan tenke seg å snakke om: «Hva er dere opptatt av?» Pasienten får alltid det første ordet. Deretter inviterer møtelederne inn de andre deltakerne slik at deres stemmer blir hørt. Dette innebærer at man aldri vet hva som blir tema i møtet. Det kan være forhold før pasienten ble innlagt på sykehus, belastninger ved en tvangsinnleggelse og utfordringer i forbindelse med rus og psykotisk adferd. Prosessen i nettverksmøtet inviterer til at følelser kan uttrykkes (Seikkula & Arnkil, 2013). Gjennom nettverksmøtet skal alle stemmer høres og uttrykkes. Det samme gjelder ulike følelsesmessige uttrykk som ledsager ordene. Gråt, sorg, sinne, fortvilelse kan være følelsesuttrykk i møtene, så vel som latter, smil, empati og lettelse. Møteledernes oppgave er å hjelpe til at det blir satt ord på følelser basert i det som hver og en er opptatt av i møtet. I nettverksmøtene kan pasientenes psykotiske tilstand komme til uttrykk. Da kan man ta små

pauser før man går videre. Møtet avsluttes med at alle deltakere sier hvordan de har opplevd møtet. Det er avsatt en og en halv time til møtet. Antall møter og hyppighet bestemmes av deltakerne.

Metodologi

Det empiriske materialet i artikkelen bygger på en mastergradsstudie som er forankret innenfor en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming med et eksplorativt og deskriptivt design (Sjørgård, 2016). Det fenomenologiske perspektivet søker å fange deltakeres konkrete erfaringer og opplevelser med åpen dialog i nettverksmøter. Kvale og Brinkmann (2015) fremholder at livsverden er slik vi erfarer den i dagliglivet og slik den fremtrer i den umiddelbare opplevelsen uavhengig av og forut for alle forklaringer. Den hermeneutiske tolkningen av deltakeres opplevelser og erfaringer søker å frembringe gyldige tolkninger av de tekstene som datamaterialet representerer. Samtidig bidrar den hermeneutiske spiral til å se deler av tekster i relasjon til helheten og vice versa. Kvalitative metoder er forskningsstrategier for beskrivelser og analyse av karaktertrekk, egenskaper og kvaliteter ved de fenomenene som studeres (Kvale & Brinkmann 2015). Datamaterialet er basert på skriftlige tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende. De kvalitative dataene ble analysert ved hjelp av en hermeneutisk-fenomenologisk innholdsanalyse med fokus på mening (Tjora, 2012; Kvale & Brinkmann 2015).

Utvalg

I prosjektperioden ble alle pasienter og pårørende invitert til å nedtegne sine erfaringer og opplevelser med åpen dialog i nettverksmøter. Det ble gjennomført i alt 38

nettverksmøter fordelt på ni pasienter og 18 pårørende. Det skriftlige datamaterialet i denne studien utgjøres av fem pasienter og seks pårørende.

Datainnsamling og analyseprosess

Utvalget i studien er pasienter og pårørende som hadde vært deltakere i åpen dialog i nettverksmøter. I det siste nettverksmøtet før utskrivelse spurte førsteforfatter deltakerne om de kunne gi skriftlige tilbakemeldinger på sine opplevelser og erfaringer med tilnærmingen. Det ble understreket at dette var helt frivillig. Tilbakemeldinger kom fra fem pasienter og seks pårørende, i alt 11 tekster. Disse varierte i lengde fra fire linjer til tre A4 sider. Alle pasientene skrev mens de fortsatt var innlagt. To skrev for hånd og tre skrev på pc. Tekstene ble gitt direkte til førsteforfatter. To pårørende leverte tekstene til førsteforfatter, og fire sendte mail med vedlegg.

Tekstanalysen av det skriftlige materialet fulgte en trinnvis modell. Tjora (2012) omtaler det som en stegvis-deduktiv-induktiv metode (SDI). Gjennom metoden arbeider man i etapper fra data til konsepter eller teorier. Den «oppadgående» prosessen er induktiv, fra data til teori. Den «nedadgående» prosessen er deduktiv. Bevegelsen er fra det teoretiske til det empiriske (Tjora, 2012). Første steg er generering av empiriske data. Det skjedde gjennom skriftlige tilbakemeldinger fra deltakerne om deres opplevelser og erfaringer. Steg to er å bearbeide data. Tekstene ble samlet i et dokument som utgjorde 12 A4 sider. Tekstmaterialet ble lest flere ganger for å bli kjent med materialet og kunne danne seg et helhetsinntrykk. Med en fenomenologisk tilnærming ble det forsøkt å stille seg åpen for de

inntrykk som teksten formidlet. I denne delen av analysen ble det skilt mellom tekster fra pasienter og pårørende. Steg tre er koding. Analysedokumentet deles i koder gjennom ord og uttrykk som beskriver avsnitt eller mindre utsnitt av datamaterialet. Sentralt er å arbeide nært empirien og bruke begreper som finnes i materialet. I dette arbeidet deltok en annen forsker. I fellesskap kan man få øye på detaljer som ikke sees av en forsker. Tjora (2012) skriver at det er nyttig å ha med en annen forsker for å skape et analytisk rom med flere nyanser. Teksten ble merket med forskjellige farger direkte i det skrevne datamaterialet. Kodene ble drøftet knyttet til funn og hvordan de belyste studiens problemstilling. En matrise med kodene som var analysert frem, ble laget. Steg fire er kategorisering. Kodene samles i grupper knyttet til relevans for problemstillingen, og disse danner utgangspunkt for hva som blir hovedtemaer i analysen. Denne delen av analysen viste at kategoriene var overlappende for pasienter og pårørende. I den videre analysen ble disse tekstene ikke skilt. I steg fem skal det teoretiske ta styring. Blikket skal være hovedkategoriene, og med relevante teorier og perspektiver utforske hva dette handler om. Arbeidet med kategoriene ledet til fem hovedtemaer: 1. Viktige faktorer i nettverksmøter, 2. Medbestemmelse, 3. Muligheter i den åpne dialogen, 4. Opplevelse av likeverd i nettverksmøtet, 5. Håp om bedring og fremtidsperspektiv. Det sjette steget handler om diskusjon av konsepter og bruk av teori hvor funn relateres til studiens teoretiske referanseramme.

Forskningsetiske refleksjoner

For å ivareta deltakernes personvern ønsket en frivillighet og informert samtykke. Delta-

kerne fikk informasjon om studien både skriftlig og muntlig. De kunne når som helst og uten grunn, trekke sitt samtykke. Studien ble søkt godkjent i Regional Etisk Komite Sør-Øst, og ble ansett som ikke medisinsk og helsefaglig forskning. Studien ble deretter godkjent av Personvernombudet ved gjeldende sykehus, og til sist av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

En forsker skal under hele forskningsprosessen vise vilje og evne til å sette spørsmålstegn ved egen fremgangsmåte og konklusjoner i form av tvil og ettertanke (Tjora, 2012). Refleksivitet er en aktiv holdning, en posisjon som forskeren må oppsøke og vedlikeholde. Førsteforfatter ledet de fleste nettverksmøtene hvor deltakerne i studien var med. Dette kan ha medført at deltakerne hadde en relasjon til førsteforfatter som kan ha influert på datagrunnlaget og tolkningen av dette. Samtidig styrkes validiteten ved at flere forskere, som den andre forskeren og andreforfatter, deltar i analyse, tolkning og tekstualisering (Kvale & Brinkmann, 2015). Studien er basert i et lite og begrenset materiale. Det kan følgelig ikke gjøres større representative eller generelle konklusjoner. Samtidig gir studien interessant, lokal kunnskap som kan bidra i vår kontekst relatert til behandlingstilbudet generelt, og til åpen dialog i nettverksmøter spesielt.

Funn

I det følgende presenteres studiens funn gjennom de tidligere nevnte fem hovedtemaer.

Virkningsfulle faktorer i nettverksmøter

Deltakerne opplever nettverksmøtene som gode og nyttige. De anbefaler møtene til andre selv om de var skeptiske i forkant.

Ingen ønsket å avslutte møtene. Deltakerne peker på faktorer som de opplever som virkningsfulle. En faktor er at møtene har en uformell stil og preges av åpenhet. Humor i møtene nevnes som en virkningsfull faktor. En pårørende oppsummerer: «Nettverksmøtene hadde en uformell åpen tone. Det var ingen agenda. Målet var åpenhet noe som jeg opplevde veldig bra». En annen pårørende skriver: «Møtene var preget av en uformell stil og stor åpenhet». En pasient fremholder: «Jeg synes nettverksmøtene har fungert bra. Det er bra at temaene i disse møtene ikke alltid er så veldig høytidelige. Det hyggelige, gode og normale i møtene er like viktig som det vanskelige». En pårørende skriver: «Jeg vil anbefale nettverksmøtene. Jeg hadde håpet at møtene kunne være litt mer konkrete. Møtene ble litt svevende».

Deltakerne omtaler god tid som en verdifull faktor i nettverksmøtene. En pasient skriver: «Positivt at det er tid til å snakke om ting». En annen pasient fremholder:

Jeg setter pris på at det ble satt av så mye tid til møtene, slik 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 var opptatt av at møtene startet tidlig i behandlingen: «Jeg trenger det mest når jeg er dårlig. Jeg mener det er lurt å trekke inn nettverket da hvis det er mulig». En annen pasient mente at det var viktig at personalet hjalp til med å innkalle til nett-

verksmøte: «Dersom det blir vellykket i første runde, inviter til nummer to og tre så er det sikkert dere får diskutert alt ferdig». En tredje pasient opplevde atmosfæren i møtene slik: «Stor takhøyde under møtene sikres av møteledere som setter atmosfæren gjennom å være lyttende til deltakernes ønsker og spørsmål».

Den åpne dialogens muligheter

Deltakerne påpeker at når alle sitter sammen og hører det samme samtidig, kan det skapes en felles forståelse. Møtets åpne dialog gjør at flere perspektiver belyses. Deltakerne gis mulighet til å se ting fra flere vinkler. En pasient skriver: «Ingen trenger å lure på noen ting». Flere deltakere påpeker at dialogene har ført til at man får en normal dialog med familien igjen. De har snakket om ting de ikke får til å snakke om på egen hånd. En pårørende beskriver: «Nettverksmøtene har vært nyttig i arbeidet med å få til en mer normal dialog med familien igjen». En pasient oppsummerer: «Den åpne 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: «Nettverksmøtene har vært nyttige i arbeidet med å få til en mer normal dialog med familien igjen». En søster skriver at det har gjort godt å dele det hun synes er vanskelig og føler seg alene om: «På nettverksmøtene har familien fått mulighet til å snakke om ting vi ellers ikke hadde fått snakket om». En annen pårørende skriver: «Det er godt for vår familie, far, guttene og jeg har pratet sammen med hverandre og dere».

Medbestemmelse i egen behandling

Deltakerne opplever nettverksmøtet som pasientens nettverksmøte ved at pasientene

bestemmer hvem de vil invitere. Pasienten har slik direkte og konkret innflytelse på hva det skal snakkes om. Det er pasientens behov som står i sentrum: «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». Flere pårørende opplever også at nettverksmøtene er pasientens møte: «Pasienten var i sentrum». En pasient beskriver sin opplevelse av medbestemmelse: «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 vektlegger: «Både venner, familie, bekjentskapskrets og kollegaer er aktuelle å innkalle til møtene. Jeg inviterte behandlende lege til andre møtet slik at pårørende kunne stille spørsmål om diagnose til ham som en fagperson på området».

Opplevelse av likeverd

Funnene viser at deltakerne opplever likeverd i møtene. En faktor er at maktfordelingen oppleves annerledes. I tillegg blir deltakerne sett og hørt. Tidligere erfaringer gjør at dette ikke er en selvfølgelighet. 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 oppleves annerledes i nettverksmøtene. Pårørende ble tatt imot på en verdig måte. Opplevde mer likeverdighet.

En pasient skriver: «Positivt at alle som er med på møtet kan ta opp ting og blir hørt,

at pasienten bestemmer når man har snakket nok om noe og går videre med andre temaer». Det å diskutere fritt bidrar til en opplevelse av likeverd. En pårørende skriver: «Vi følte oss hele tiden inkludert og fikk vite hvordan vår sønns opphold og fremdrift var. Det var fagpersoner vi følte oss trygge på, og at det ikke var dumt å si dumme ting». En pasient skriver: «Nettverksmøtene har gjort at pårørende har fått full informasjon fra behandlere. Svært positivt». En annen pasient skriver: «Alle sto fritt til å si det de ville si. Fritt til å snakke om det som var viktig for hver enkelt». Det å la fagfolk ta del i familiens opplevde vanskeligheter, bidro til en trygghet for familien og opplevelse av likeverdighet. En pasient forteller: «Jeg synes nettverksmøtene har vært bra fordi da kan alle mulige instanser møtes rundt et og samme bord og diskutere muligheter».

Håp om bedring og fremtidsperspektiv

Studien viser at samarbeidet om vår tilnærming har gitt pasientene og pårørende fremtidsperspektiv. Flere kan se muligheter og håp om bedring. En pårørende hadde ikke tro på at det å involvere mange i møtene kunne gi datteren noe. Fra å være skeptisk i starten oppsummerer pårørende 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. Dette har gjort vår datter og oss mye bedre rustet til å møte fremtiden på en bedre måte.

En pårørende opplevde: «Vi vil på det sterkeste anbefale denne møteformen. Vi føler det har gitt oss mye. Vi har fått et helt annet syn på vår sønns sykdom og hvordan vi kan takle hans væremåter i forskjellige situasjoner». En pasient opplevde det skremmende at det skulle være mer åpenhet og nok en arena hvor det skulle fokuseres på vedkommende. I etterkant skriver hun: «Møtene har gitt meg inntrykk, smakebiter av et friskt liv, støtte og omsorg. De ga meg muligheter til de normale tingene som er i livet. Etter hvert begynte nettverksmøtene å åpne mange muligheter for meg». En annen pasient skriver: «Nettverksmøtene har vært unike i mitt tilfelle, og resultert i mange gode løsninger på mitt problem».

Diskusjon

Basert i studiens funn vil to temaer diskuteres; virkningsfulle aspekter ved åpen dialog i nettverksmøter ved en lukket psykiatrisk avdeling, og opplevelser av likeverd, håp og fremtidstro ved bruk av åpen dialog i nettverksmøter.

Virkningsfulle aspekter ved åpen dialog i nettverksmøter ved en lukket psykiatrisk avdeling

Utviklingen av åpen dialog i nettverksmøter i vår kontekst startet med en usikkerhet om det var mulig å benytte tilnærmingen. Tidligere forskning om Åpen dialog er basert på arbeidsformer hvor et team møter personer i en psykisk krise. Dette skjer enten hjemme eller på en akuttavdeling gjennom samtaler med personen og dennes nettverk. Resultatene viser at arbeidsmåten gir reduksjon av medisinerbruk og innleggelser, og at personen kom raskere tilbake i arbeid (Seikkula & Arnkil, 2013). I vår kontekst har pasientene et langt sykdomsforløp, de har vært psyko-

tiske over tid og innlagt på tvungen psykisk helsevern. Hvordan kunne nettverksmøtene arte seg i denne konteksten? Ville pasienter takke ja til nettverksmøter, og ville pårørende komme til møtene? Mange pasienter har brutte familierelasjoner og svekket sosialt nettverk grunnet belastninger med alvorlig psykisk lidelse og rusproblematikk. Det var overraskende at pasienter ønsket å invitere sine pårørende til møter, at pårørende kom og at deltakerne syntes at møtene ga mening. Deltakerne opplevde at den åpne dialogen skapte nye muligheter og perspektiver. Det å se nye muligheter og perspektiver kan være vanskelig når man er innlagt på tvungen psykisk helsevern. Det at den åpne dialogen fremstår som virkningsfull i vår kontekst kan knyttes til hvordan Seikkula og Arnkil (2007) beskriver at dialoger innehar helbredende faktorer. Disse utvikles ved at alle deltakerne i møtet erfarer seg hørt og sett. Forfatterne viser til at det å bli hørt og sett er grunnleggende menneskelig erfaringer og like viktig for å leve som åndedrettet. Å bli hørt og sett forutsetter at noen gir et svar, en respons på det sagte og usagte.

Seikkula og Arnkil (2013) beskriver at dialogiske samtaler gir rom for å kjenne på vanskelige følelser, kunne uttrykke dem og samtidig oppleve en følelsesmessig gjensidighet og tilhørighet med deltakerne. Det å fortelle sin historie og bli lyttet til gir en opplevelse av gjensidig respekt og verdsettelse. Brottveit (2013) finner at ønsker om bedre kommunikasjon med sine nærmeste er sentralt for dem som takker ja til nettverksmøter. 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 uforstå-

lig for andre. Nettverksmøtet gir muligheter til å stoppe opp og reflektere over samtalene og det de uttrykker. Dialogen muliggjør at deltakerne som snakker, også lytter til sin egen fortelling og det den forteller vedkommende. Seikkula og Arnkil (2007) omtaler dette som dialogisk dialog forstått som flerstemthet – polyfoni. I polyfonien får hvert tema nye meninger i nye samtaler. Forfatterne skriver at det skjer ved at deltakerne kan skape et nytt språk for det som utforskes.

Felles forståelse er en annen mulighet for å gi svar i et nettverksmøte. Funnene viser at pasienter og pårørende ikke tidligere har snakket sammen om sine problemer eller bekymringer. Det kan være bekymringer for rusmisbruk, psykisk helse og problemadferd. Seikkula og Arnkil (2007) skriver at når familiemedlemmer har vansker med å snakke om krisen eller bekymringer rundt situasjonen, kan dialogen føre til at de kjenner på håpløshet. Samtidig kan det utvikles opplevelser av fellesskapsfølelse som forener deltakerne. Vår studie viser at de emosjonelle belastningene og konfliktene i det sosiale nettverket har vært store over tid. Det innebærer at når alle sitter sammen i et nettverksmøte og alle stemmer kan tre frem og høres, kan en felles forståelse utvikles. Seikkula og Arnkil (2007) skriver at det kan være vanskelig å definere hva hver enkelt gjorde i et møte som førte til at en fellesskapsfølelse ble skapt eller hva som egentlig skjedde i møtet. Ofte skapes en felles opplevelse som er vanskelig å beskrive på en presis og rasjonell måte. Seikkula og Arnkil (2013) hevder at det oppstår en dialogisk relasjon gjennom kommunikasjonen *mellom* deltakerne og ikke som lineære prosesser *i* hver enkelt deltaker.

Opplevelser av likeverd, håp og fremtidstro ved bruk av åpen dialog i nettverksmøter

Opplevelse av likeverd er et fremtredende funn i studien. Det er oppmuntrende at pasienter som er innlagt mot sin vilje opplever likeverd i nettverksmøtene. Ofte har de ikke ønsket å motta hjelp. Mange er uenig i innleggelsen og kan motsette seg alle behandlingstilbud, noe som i sin tur har gitt grunnlag for tvangsbehandling eller tvangstiltak. Dette aktualiserer begreper som makt og maktutøvelse. I gitte situasjoner hjemler lov om psykisk helsevern former for makt og tvang for å hindre skade og forebygge forverring av en alvorlig psykisk lidelse. Pasienter erfarer manglende innflytelse, fravær av valgmuligheter samt at tvangen oppleves unødvendig. Dette står i sterk kontrast til begrepet likeverd. Karlsson og Borg (2013) påpeker at psykisk helsearbeid foregår i relasjoner som rommer både likeverd og asymmetri. Skal man være til hjelp, må relasjonen etableres på likeverd. Asymmetri viser seg ved at den hjelpesøkende er mer sårbar på områder som vedkommende trenger hjelp til å løse eller leve med.

I vår kontekst kommer denne asymmetrien tydelig til uttrykk der hvor pasienter er innlagt i tvungent psykisk helsevern. Skjevheten i relasjonen mellom den hjelpesøkende og hjelperen forsterkes merkbart i en slik kontekst. Hvordan kan da pasienter som deltar i nettverksmøtene oppleve likeverd? En mulighet er at nettverksmøtene bidrar til at pasientene kan fortelle om sine opplevelser, og at de blir hørt og respektert. Pasienten er hovedpersonen i møtet, og det snakkes primært om det hun eller han er opptatt av å snakke om. Pasientene bestemmer selv hvem som skal inviteres til møtet og

befinner seg på en arena der de i større grad får muligheter til å medvirke i egen behandling basert på egne forutsetninger og med muligheter til å ta egne valg. Pasienten anerkjennes for sin erfaringskunnskap og sees som ekspert på seg selv. Dette bidrar til maktforskyvning fra fagpersonen til pasienten. Pasienten opplever myndiggjørelse, noe som vil kunne bidra til økt likeverd. Seikkula og Arnkil (2013) skriver at i en polyfonisk dialog kan man ikke fastsette hvem som representerer riktige og gale stemmer. Alle bidrar til ny innsikt, og alle stemmer er like verdifulle og likeverdige. En av grunntankene i åpen dialog i nettverksmøter er at alle deltakerne stiller likt og at profesjonshierarkiet er underordnet. Jo flere stemmer som deltar i å skape nye meninger, desto dypere innsikt vil alle få i problemene (Seikkula & Arnkil, 2013).

Pasientene kan slite med skyld og skam fordi deres psykiske lidelse innebærer adferd som kan virke truende på familied medlemmer. De kan ha utført handlinger i ruset eller psykotisk tilstand som de skammer seg over. Pårørende kan slite med skyld for at de ikke har gjort nok eller gjort noe galt. Skylden og skammen kan tape sin kraft når pasienter og pårørende får sette ord på sine følelser og får delt disse med hverandre i nettverksmøtene. Brottveit (2013) viser til at hovedpersonene i nettverksmøtet kan føle en lettelse når de har vært åpne og ærlige overfor sine nærmeste. Det å forstille seg for overfor sin familien eller holde noe skjult, kan oppleves som en emosjonell belastning.

Vår studie viser at pasienter og pårørende opplever håp gjennom nettverksmøtene; håp om bedring og endret fremtidsperspek-

tiv. Håp, bedring og fremtidsperspektiv står i kontrast til alvorlig psykisk lidelse, lukket psykiatrisk avdeling og tvungen psykisk helsevern. Funnene viser at håpet kan stige frem i møtene. Seikkula og Arnkil (2013) skriver at deltakerne i nettverksmøter kan oppleve følelser av maktesløshet og håpløshet. Det at deltakerne åpent og fritt kan erkjenne følelsen av håpløshet, frustrasjon og fastlåsthet, kan styrke relasjonene og følelsen av samhörighet i nettverket. Våre funn viser at når deltakerne sammen kjenner på og erfarer følelsene av avmakt, motløshet og maktesløshet, kan dette styrke følelsene av felleskap og samhold.

Å holde fokus på håp handler om å finne ressursene i seg selv, alene eller sammen med andre. Det handler om å utvikle håp og tro på et bedre liv, finne frem til omgivelser som gir næring til og styrker den psykiske helsen og troen på en meningsfull fremtid (Karlsson & Borg, 2013). Forfatterne refererer til omfattende forskning om alvorlig psykiske lidelser som viser at svært mange av disse pasientene kommer seg. Håp og positive forventninger til fremtiden er kjent som vesentlige elementer i bedringsprosessen (Karlsson & Borg, 2013). Bedring knyttes til personlige prosesser, så vel som sosiale. Det er i det vanlige livet man kan øve seg på å være menneske og ta kontroll over eget liv i samspill med sine medmennesker. Pasienter som er innlagt på en lukket psykiatrisk avdeling kan i perioder være langt vekk fra sitt vanlige liv, men de kan få smakebiter av dette livet gjennom dialoger med sitt sosiale nettverk i nettverksmøtene.

Seikkula og Arnkil (2013) skriver at målet med behandling ved bruk av ÅD er å utvikle et felles språk for erfaringer som ellers ville

kunne fortsette med å manifestere seg gjennom pasientens symptomer. Det kan være gjennom psykotisk utsagn eller adferd. I vår kontekst kan pasientenes utsagn i nettverksmøtene være preget av hallusinasjoner og vrangforestillinger. Seikkula og Arnkil (2013) skriver om psykotisk tale som en av flere stemmer. Hallusinasjonene kan dukke opp i situasjoner som berører temaer som kan være forbundet med de psykotiske erfaringene. Forfatterne viser til at ved å la psykotiske ytringer få plass i samtalen, vil pasienten og familien delta i en prosess som muliggjør å lage nye fortellinger om bedring, tilfriskning og håp. Det er i den spesifikke og unike kunnskapen personer har om sin egen historie at kildene til hva som er bra for hver enkelt, hva de ønsker, håper på og drømmer om i livene sine, kan finnes. Slik kan det tenkes at våre nettverksmøter bidrar til at det fortelles andre historier enn den dominerende problemhistorien. Denne kan etterhvert vike plassen for nye fortellinger hvor muligheter og håp trer frem både for pasienten og nettverket. Vår studie viser at nettverksmøtene kan være en arena med muligheter for å tro på noe bedre. Opplevelsen av ikke å bli stigmatisert kan uttrykkes ved at pasientene selv bestemmer hvem som skal delta. De som inviteres med er personer pasienten har tillit til, og som kan være til hjelp for vedkommende.

Konklusjon

Funnene i studien kan beskrives som interessante og oppløftende sett i lys av konteksten. Muligheter, likeverd og håp står i kontrast til pasienters tidligere opplevelser ved en tradisjonell lukket psykiatrisk avdeling hvor bruk av tvang og makt utspilles. Studien antyder at åpen dialog i nettverksmø-

ter kan være en relevant praksis i en slik kontekst. Det er av interesse å utforske systematisk om åpen dialog i nettverksmøter representerer en mulighet for å redusere bruk av tvang og tvangsmidler. Erfaringer nasjonalt og internasjonalt viser at godt faglig arbeid er det viktigste redskapet for å redusere bruken av tvang (Helsedirektoratet, 2016). Studien tyder på åpen dialog i nettverksmøter kan være et godt faglig redskap i så henseende. Et annet aspekt er om åpen dialog i nettverksmøter kan redusere antall reinnleggelser. Mange pasienter som utskrives fra vår avdeling innlegges ofte på nytt etter kort tid. En videreføring av åpen dialog i nettverksmøtene etter utskrivelse kan sikre den psykologiske kontinuiteten og kanskje bidra til å redusere reinnleggelse.

Referanser

- 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: <http://dx.doi.org/10.1080/17522439.2011.601750>.
- Brottveit, Å. (2013). *Åpne samtaler – mer enn ord? Nettverksmøter som kommunikative hendelser, kunnskapsproduksjon og sosial strukturering* (doktoravhandling). Oslo: Universitetet i Oslo.
- Bø, T. D. (2016). *They say yes; they don't say no» – Experiences of change in dialogical approaches to mental health – a qualitative exploration* (doktoravhandling). Kristiansand: Universitetet i Agder.
- Helsedirektoratet (2008). *Pårørende – en ressurs: Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helse-tjenester*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2016). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Heskestad, S., & Rosengren, U. (2012). *Åpen dialog. Om nettverksarbeid på Romerike*. Romeriksprosjektet. Akershus Universitetssykehus HF.
- Holmesland, A. L. (2015). *Professionals' experiences with Open Dialogues with young people's social networks – Identity, role and teamwork. A qualitative study*

- (doktoravhandling). Kristiansand: Universitetet i Agder.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- 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=full-text&D=psyc3&AN=2001-11494-002>.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasin kangas, 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=full-text%D=psyc4&AN=2004-12843-001>.
- 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: <http://dx.doi.org/10.1080/10503300500268490>.
- 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: <http://dx.doi.org/10.1080/17522439.2011.595819>.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. (2007). *Nettverksdialoger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. (2013). *Åpen dialog i relasjonell praksis: Respekt for annerledeshet i øyeblikket*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Sjørmæling, B. W., & Vatne, S. (2009). Hvordan planlegge nettverksmøter fra en akuttpsykiatrisk enhet? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 6*(1), 15–24.
- Sjørgård, J. (2016). *Åpen dialog bak lukkede dører. Pasienter og pårørendes opplevelser og erfaringer med Åpen dialog i nettverksmøter på en lukket psykiatrisk avdeling* (Masteroppgave). Høgskolen i Sørøst-Norge.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.