

Utvikling av Åpen dialog som tilnærming i offentlige psykiske helsetjenester

Erfaringer fra en norsk kontekst

Ritva Kyrrø Jacobsen

OSLOMET

Avhandling for graden Philosophiae Doctor
Fakultet for helsevitenskap
OsloMet – storbyuniversitetet

Høst 2024

OsloMet Avhandling 2024 nr 47
ISSN 2535-471X
ISBN 978-82-8364-630-6

OsloMet – storbyuniversitetet
Universitetsbiblioteket
Skriftserien
St. Olavs plass 4,
0130 Oslo,
Telefon (47) 64 84 90 00

Postadresse:
Postboks 4, St. Olavs plass
0130 Oslo

Trykket hos Byråservice

Trykket på Scandia 2000 white, 80 gram på materiesider/200 gram på coveret

Forord

Mitt doktorgradsarbeid er ved veis ende og det er tid for noen enkle refleksjoner over tiden som har vært.

I fire år har dette forskningsarbeidet vært min arbeidshverdag. Det har vært en krevende og inspirerende periode av mitt yrkesliv. Det er både godt og samtidig vemodig å være ferdig. Jeg har lært så mye. Fordi vi har hatt et omfattende datamateriale av både kvantitativ og kvalitativ art, så har jeg satt meg inn i begge tradisjoner. Jeg hadde nok gjort det enklere for meg selv om jeg hadde valgt å fokusere og fordype meg i bare en metode. Samtidig så hadde vi samlet inn både kvalitative og kvantitative data. Prosjektet hadde ikke midler til flere enn en stipendiat. Det var derfor viktig at alle data vi hadde samlet inn ble representert i dette arbeidet. Selv om jeg står ansvarlig har jeg ikke vært alene. Jeg har fått all den støtte og hjelp jeg har hatt behov for. Det har derfor ikke vært en ensom ferd. Mange har bidratt til at dette forskningsarbeidet har blitt gjennomført.

Herved vil jeg takke alle de som gjorde dette mulig:

Pasienter og deres pårørende, som på tross av krisen de sto midt i, takket ja til å delta i forskningsprosjektet og bidro med uvurderlige tilbakemeldinger.

Klinikerne som i tillegg til en hektisk arbeidshverdag tok seg tid til å være deltakere i forskningsprosjektet, og som gjennom sin deltakelse og engasjement bidro til et omfattende datamateriale.

Enhetene ved Nedre Romerike DPS, Øvre Romerike DPS, Follo DPS, og Spesialpsykiatri ved Akershus universitetssykehus, Psykisk helse og rus i Lørenskog kommune, og Psykisk helse og mestring i Nes kommune, som alle sa ja til å delta.

Prosjektgruppen, som jeg var en del av, og som bidro til en vellykket gjennomføring.

Divisjonsdirektør Øystein Kjos, Psykisk helse og rus ved Akershus universitetssykehus, som godkjente studien.

Avdelingsleder Jean-Max Robasse ved Spesialpsykiatri som initierte forskningsprosjektet, som ønsket at jeg skulle bistå i forskningsprosjektet som stipendiat, og som har støttet meg hele veien.

Jorunn Sørgård, min nære kollega og venninne, som har heiet meg frem og som har bidratt til gode, stimulerende og oppmuntrende samtaler. Og som også har minnet meg om å ta en ting av gangen når det har røynt på.

Kollegaer som har vært nysgjerrige og støttende.

Mine fantastiske veiledere og medforfattere, professor Bengt Karlsson (USN), professor Ellen Karine Grov (OsloMet) og Tiril Østefjells, PhD, (Spesialpsykiatri, Ahus), som hver og en har bidratt til at denne perioden ikke har vært en ensom reise, men et støttende, inspirerende og utviklende forskningsfellesskap med mål om en doktorgrad.

OsloMet, Fakultet for helsevitenskap, som tok meg i mot, og som gjennom hele studieperioden har bistått meg når jeg har hatt behov for det.

Bedømmelseskomiteen ved Børge Baklien, førsteamanuensis ved Høgskolen i Innlandet, Dag Karterud, førsteamanuensis ved OsloMet og Carina Håkansson, dr.psychol. ved Socialhögskolan i Lund, som takket ja til å være deltakere i bedømmelseskomiteen, og som både har brukt tid på å lese, bedømme og kommentere hele mitt arbeid.

Sist, men ikke minst, min familie og mine venner, som bare har vært der, gjort dagene normale og som har bidratt til fokus på andre ting enn forskning og arbeid.

Forskningsprosjektet har blitt støttet gjennom interne strategiske forskningsmidler ved Akershus universitetssykehus og Spesialpsykiatri, der jeg er ansatt.

Tusen takk, alle sammen!

Ritva.

Sammendrag

Utvikling av Åpen dialog som tilnærming i offentlige psykiske helsetjenester – erfaringer fra en norsk kontekst

Denne doktorgradsavhandlingen er en del av et større forskningsprosjekt, ”Åpen dialog i nettverksmøter”, der formålet var å lære opp klinikere i den dialogbaserte tilnærmingen Åpen dialog, for deretter å undersøke erfaringene med utviklingen av denne tilnærmingen i offentlige helsetjenester i en norsk kontekst. Studien har et longitudinelt, eksplorativt og deltakende design, og gjør bruk av kvantitative og kvalitative metoder. Fire sykehusavdelinger innen divisjon for psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus, og to enheter i primærhelsetjenesten har deltatt i studien. Til sammen 42 klinikere og to bruker- og pårørenderepresentanter gjennomførte et opplæringsprogram innen Åpen dialog. Klinikere som deltok i opplæringsprogrammet, eller hadde annen relevant opplæring innen tilnærmingen, ble invitert til videre deltakelse der målet var å utvikle Åpen dialog i deltakende enheter. I alt 43 klinikere og 353 nettverksmøtedeltakere ble inkludert i studien. Datainnsamling ble gjort ved bruk semistrukturerte spørreskjemaer og fokusgruppeintervjuer. Analyser av kvantitative data ble gjennomført ved bruk av deskriptive analyser i SPSS. Analyser av kvalitative data ble gjennomført ved bruk av Refleksiv Tematisk Analyse. Studiens hovedfunn peker på: (i) ulike fremmere og hemmere i utviklingen av Åpen dialog, så som personlige og organisatoriske utfordringer og et utvidet samarbeid med kollegaer og familier, (ii) klinikernes faglige og personlige lærings- og utviklingsprosesser, (iii), og nettverksmøtedeltakernes begeistring med å delta i nettverksmøter der de opplevde seg forstått, respektert og akseptert, og fikk snakke om det som var viktig for dem. Studiens hovedfunn diskuteres gjennom fire relaterte temaer: (i) klinikernes lærings- og utviklingsprosesser, (ii) samarbeidende dialoger, (iii) organisatorisk forberedthet, og (iv) fra monologer til dialoger – menneskesyn i endring? Studien gir implikasjoner for praksis. Den viser at Åpen dialog som tilnærming bidrar til en endring i grunnlagsforståelsen av behandling og et mer likeverdig samarbeid mellom pasienter, deres sosiale nettverk og fagfolk som er med på å humanisere psykisk helsearbeid og fremme individets selvbestemmelsesrett. Studien bekrefter tidligere forskning som viser at Åpen dialog kan bidra til å fremme en samarbeidsform innen psykisk helsearbeid som understøtter pasienters og det sosiale nettverks ulike og unike perspektiver og ressurser i behandling.

Summary

Development of Open dialogue as an approach in public mental health services - experiences from a Norwegian context

This doctoral thesis is part of a larger research project, "Open dialogue in network meetings", where the purpose was to train clinicians in the dialogue-based approach Open dialogue, and then to examine the experiences with the development of this approach in public mental health services in a Norwegian context. The study has a longitudinal, exploratory and participatory design, making use of quantitative and qualitative methods. Four hospital departments within the mental health care division at Akershus University Hospital, and to units in the primary health care service have participated in the study. A total of 42 clinicians and user- and relative representatives carried out a training program in Open dialogue. Clinicians who participated in the training program, or had other relevant training within the approach, were invited to further participation where the aim was to develop Open Dialogue in participating units. Forty-three clinicians and 353 network meeting participants were included in the study. Data collection was done using semi-structured questionnaires and focus group interviews. Quantitative data was performed by use of descriptive analysis in SPSS. Qualitative data was analyzed by use of Reflexive Thematic Analysis. The study's main findings point to: (i) various promoters and hinders in the development of Open dialogue, such as personal and organizational challenges and an extended collaboration with colleagues and families, (ii) the clinicians' professional and personal learning and development processes, (iii), and the network meeting participants' excitement about participating in network meetings where they described being understood, respected and accepted, and were allowed to talk about what was important to them. The study's main findings are discussed through four related themes: (i) the clinicians' learning and development processes, (ii) collaborative dialogues, (iii) organizational preparedness, and (iv) from monologues to dialogues – changing view of man? The study provides implications for practice. It shows that Open Dialogue as an approach contributes to a change in the basic understanding of treatment and encouraging equal collaboration between patients, their social networks and professionals who help to humanize mental health work and promote the individual's right of self-determination. The study confirms previous research which shows that Open dialogue can help to promote a form of collaboration within mental health work that supports patients and the social network's different and unique perspectives and resources in treatment.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.1 Åpen dialog i nettverksmøter – et forsknings- og samarbeidsprosjekt	5
1.1.1 Formål og kontekst	5
1.1.2 Mål	5
1.2 Doktorgradsstudiets problemstilling	6
1.3 Litteraturgjennomgang	6
1.3.1 Åpen dialog i den finske konteksten	7
1.3.2 Åpen dialog i andre forskningskontekster	10
1.4 Studiens rasjonale	12
2.0 Vitenskapsteoretiske perspektiver	15
2.1 Vitenskapsteori	15
2.2 Min ontologiske posisjon	16
2.2.1 Min vei og forforståelse	16
2.2.2 Det humanvitenskapelige paradigmet	17
2.3 Min epistemologiske posisjon	19
2.4 Metodologi	20
3.0 Studiens metodologi	22
3.1 Forskningsdesign.....	23
3.2 De ulike fasene i prosjektet	23
3.2.1 Fase 1. Opplæringsprogrammet.....	23
3.2.2 Fase 2 – Utvikling av Åpen dialog i nettverksmøter	24
3.3 Deltakere	24
3.3.1 Deltakere fase 1 - Opplæringsprogrammet.....	24
3.3.2 Deltakere fase 2 – Utvikling av Åpen dialog i nettverksmøter.....	24
3.4 Datainnsamling	25
3.4.1 Fase 1 - Opplæringsprogrammet	25
3.4.2 Fase 2 – Utvikling av Åpen dialog i nettverksmøter	26
3.5 Analyser	27
3.5.1 Fase 1 - Opplæringsprogrammet	27
3.5.2 Fase 2 – Utvikling av Åpen dialog i nettverksmøter	28
3.6 Oversikt artikler	29
3.7 Etske overveielser	29
4.0 Studiens funn	30
4.1 Artikkel 1	30
4.2 Artikkel 2	31
4.3 Artikkel 3	32
5.0 Diskusjon	33
5.1 Klinikernes lærings- og utviklingsprosesser	34
5.2 Samarbeidende dialoger	39
5.3 Organisatorisk forberedthet	41
5.4 Fra monologer til dialoger – menneskesyn i endring?.....	43
5.5 Metodologiske betydninger og begrensninger.....	47
5.6 Troverdighet	51
5.6.1 Gyldighet.....	51

5.6.2 Pålitelighet og generaliserbarhet.....	54
6.0 Avslutning.....	55
6.1 Implikasjoner for praksis.....	55
6.2 Fremtidig forskning.....	55
Litteratur	56
Vedlegg.....	1
Vedlegg 1.....	2
Vedlegg 2.....	17
Vedlegg 3.....	19
Vedlegg 4.....	22
Vedlegg 5.....	24
Vedlegg 6.....	26
Vedlegg 7.....	28
Vedlegg 8.....	30
Vedlegg 9.....	32
Vedlegg 10.....	34
Vedlegg 11.....	36
Vedlegg 12.....	40
Vedlegg 13.....	42
Vedlegg 14.....	44
Vedlegg 15.....	46

Oversikt vedlegg

Pre- og post spørreskjema - opplæringsprogram

Spørreskjema til bruk hver opplæringsdag

Spørreskjema troskapskriterier for nettverksmøteledere

Registreringsskjema for deltakelse i nettverksmøter

Spørreskjema skala for vurdering av nettverksmøte

Temaguide fokusgruppeintervju

Utdrag tematisk analyse, artikkel 1

Utdrag tematisk analyse, artikkel 2

Utdrag refleksiv tematisk analyse, artikkel 3

Regional etisk komite (REK) erklæring

Personvernombudets (PVO) tilrådning, fase 1, opplæringsprogram
(dataoppbevaringskonsesjon [GDPR])

Personvernombudets (PVO) tilrådning, fase 2 (dataoppbevaringskonsesjon [GDPR])

Personvernombudets (PVO) tilrådning, fase 2, endringsmelding

Informert samtykke - deltakelse i opplæringsprogram

Informert samtykke – fase 2

Oversikt artikler

- I. Jacobsen, R. K., Grov, E. K., Østefjells, T., & Karlsson, B. (2021). Open dialogue approach: Exploring and describing Participants' experiences in an open dialogue training program. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 59(5), 38-47. DOI: <https://doi.org/10.3928/02793695-20210107-03>

- II. Jacobsen, R. K., Karlsson, B., & Grov, E. K. (2023). Clinicians and supervisors' experiences with developing practices of open dialogue in network meetings in public mental health services. *Journal of Family Therapy*, 45(2), 197-210.
DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12422>

- III. Jacobsen, R. K., Grov, E. K., Østefjells, T, Sundet, R., & Karlsson, B. (2024). Åpen dialog i nettverksmøter – nettverksmøtelederens og deltakeres erfaringer med nettverksmøter. *Fokus på familien* 52(4), 279-302.
DOI: <https://doi.org/10.18261/fokus.52.4.3>
URL: <https://www.idunn.no/doi/10.18261/fokus.52.4.3>

1.0 Innledning

1.1 Åpen dialog i nettverksmøter – et forsknings- og samarbeidsprosjekt

1.1.1 Formål og kontekst

Denne avhandlingen er en del av en større forskningsstudie kalt ”Åpen dialog i nettverksmøter”, et forsknings- og samarbeidsprosjekt som har hatt som formål å undersøke utviklingen av den terapeutiske tilnærmingen Åpen dialog i de offentlige helsetjenestene i en norsk kontekst. Fire sykehusavdelinger innen divisjon for psykisk helsevern (døgn og poliklinikk) ved Akershus universitetssykehus (Ahus), en enhet i Nes kommune (Psykisk helse og mestring) og en enhet i Lørenskog kommune (Psykisk helse og rus) har deltatt i studien. Studien ble godkjent av divisjonsdirektøren for Psykisk helsevern i 2018. Prosjektet startet opp i januar 2019, og har hatt en tidslinje på 3 ½ år. Styringsgruppen i prosjektet har bestått av avdelingsledere ved deltakende enheter. Prosjektgruppen ble satt sammen av en prosjektleder, en representant fra hver deltakende enhet, en brukerrepresentant, en pårørenderepresentant (Landsforeningen for pårørende og etterlatte innen psykisk helse og ROP-lidelser (LPP)), og en representant fra Forskning og Utvikling (FoU) ved Ahus. Totalt har ti medlemmer vært ansvarlig og deltakende i prosjektutforming, prosjektgjennomføring og prosjektevaluering.

1.1.2 Mål

Målene i prosjektet har vært å:

- Utvikle et lokalt opplæringsprogram innen Åpen dialog
- Undersøke og beskrive deltakeres erfaringer med opplæringsprogrammet
- Stimulere klinikere til å praktisere Åpen dialog i egne enheter med månedlig veiledning og støtte fra prosjektet
- Undersøke og beskrive om og hvordan Åpen dialog utvikles i deltakende enheter med veiledning og støtte
- Undersøke og beskrive hvordan klinikere praktiserer Åpen dialog i egne enheter med veiledning og støtte fra prosjektet

- Undersøke og beskrive om og hvordan Åpen dialog utvikles i deltakende enheter uten veiledning og støtte
- Undersøke pasienter/brukere, det sosiale nettverk og andre fagpersoners erfaringer med å delta i Åpen dialog i nettverksmøter

Tabell 1 viser prosjektets tidslinje delt inn i tre faser.

Tabell 1. Oversikt prosjektets tidslinje.

Aktivitet	Vår 2019	Høst 2019	2020	2021	Vår 2022
Prosjektfase	1	2		3	
Utvikling av Åpen dialog i nettverksmøter	Opplæringsprogrammet	Praktisere Åpen dialog i nettverksmøter med veiledning og støtte i egne enheter		Praktisere Åpen dialog i nettverksmøter uten veiledning og støtte i egne enheter	
Datainnsamling	Pre- og post spørreskjemaer Spørreskjemaer ved den enkelte opplæringsdag	Fokusgruppeintervjuer med nettverksmøteledere og veiledere Spørreskjemaer nettverksmøteledere Spørreskjemaer deltakere i nettverksmøter		Fokusgruppeintervjuer med nettverksmøteledere Follow-up	
Mål og fokus	Erfaringer	Erfaringer		Erfaringer	

1.2 Doktorgradsstudiets problemstilling

Doktorgradsstudien, som er en del av det overordnede prosjektet, omhandler data fra prosjektfase 1 og 2. Formålet var å undersøke deltakeres erfaringer med utviklingen av Åpen dialog i nettverksmøter. Målene i studien har vært å:

- Undersøke og beskrive deltakeres erfaringer med opplæringsprogrammet i Åpen dialog (fase 1). Artikkel 1.
- Undersøke og beskrive nettverksmøtelederens erfaringer med utvikling av Åpen dialog i nettverksmøter ved deltakende enheter (fase 2). Artikkel 2.
- Undersøke nettverksmøteledere og nettverksmøtedeltakeres erfaringer med nettverksmøter (fase 2). Artikkel 3.

1.3 Litteraturgjennomgang

I dette kapittelet redegjøres det for den tidligere forskningsbaserte kunnskapsutviklingen innen Åpen dialog ved først å presentere den i sin opprinnelige finske kontekst, deretter gjøre

rede for forskning om Åpen dialog i andre kontekster, for til slutt å oppsummere og beskrive studiens rasjonale basert på litteraturgjennomgangen.

1.3.1 Åpen dialog i den finske konteksten

Åpen dialog er en terapeutisk tilnærming som ble utviklet ved Keropodas sykehus i Finsk Lappland av Jaakko Seikkula og kollegaer tidlig på 1990 tallet (Seikkula & Arnkil, 2013; Alakare & Seikkula, 2022). En liten gruppe fagfolk bestående av sykepleiere, leger og psykologer ønsket å utvikle en familieorientert tilnærming til pasienter med de største utfordringene innen psykisk helse. De baserte sin praksis på den finske behovsrettede tradisjonen initiert av professor Yrjö Alanen og hans team på 1980-tallet (Seikkula & Arnkil, 2013). Den behovsrettede tilnærmingen startet i Turku, Finland, som et langsiktig prosjekt for å utvikle et omfattende og psykoterapeutisk orientert behandlingstilbud til pasienter med schizofreni og psykose i det offentlige psykiske helsevernet (Alanen, 2009). Gjennom dette arbeidet kom tanken om åpne behandlingsmøter der både pasienter og familiene ble invitert med fra første stund. Alle planer og beslutninger ble vedtatt med alle tilstede. Målene i prosjektet er listet opp i tabell 2.

Tabell 2. Målene for prosjektet "Behovsrettet tilnærming" i Turku

<ul style="list-style-type: none">• Grunnleggende psykoterapeutisk holdning• Utvikling av sykehusavdelinger til psykoterapeutiske fellesskap• Utvikling av individuelle terapeutiske relasjoner• Utvikling av familierapier og andre former for familiesentrert arbeid• Farmakologi som støtte til psykososiale terapier• Etablering av omfattende opplærings- og veiledningsaktiviteter for å støtte aktiv deltakelse av alle faggrupper i terapeutisk arbeid• Utvikling av rehabiliterende aktiviteter• Oppfølgingsstudier av kohorter, inkludert alle førstegangsinnlagte pasienter med schizofreni

(Alanen, 2009, s. 160)

Sentralt i utviklingen fra den behovsrettede tilnærmingen til Åpen dialog var opprettelsen av mobile kriseteam og en dialogisk tilnærming i møte med pasienter og deres nettverk (Alakare & Seikkula, 2022). Mobile kriseteam ble først etablert for å kunne følge opp personer med psykose. Etter første kontakt med helsetjenesten ble det opprettet et team av fagpersoner fra kommune- og spesialisthelsetjenesten. Teamet ble ansvarlig for oppfølging og behandling uavhengig av om pasienten var hjemme eller innlagt på sykehus, og de fulgte pasienten så lenge det var behov. I den siste perioden av utviklingen ble alle personer med psykiske kriser møtt av mobile kriseteam. Denne måten å organisere den psykiske helsetjenesten på ble etter hvert gjennomført i hele regionen (Seikkula & Arnkil, 2013). Det

ble dermed ikke bare en utvikling av en terapeutisk metode, men også en måte å organisere de psykiske helsetjenestene på (Alakare & Seikkula, 2022).

Åpen dialog har, i følge Seikkula (2012), mange likhetstrekk med den dialogiske og språkbaserte familierapien til Anderson, Goolishian og Winderman i Galveston, USA. De utviklet begrepet problemdefinert system [problem determined system] som tar utgangspunkt i at familiesystemet i seg selv ikke skaper problemene, men at problemene skaper familiesystemet (s. 111). Dette problemdefinerte systemet er ulikt tradisjonell systemisk familierapi, som heller ser familien som skapere av familiens problemer. Åpen dialog har også blitt inspirert av reflekterende dialog og teamprosesser gjennom Tom Andersens arbeider (Seikkula & Arnkil, 2013, s. 51). Andersens erfaringer med å aldri diskutere eller planlegge behandling uten familien tilstede ble adoptert inn i den åpne dialogen. I stedet ble familien og nettverket spurt om de kunne definere viktige emner i starten av hvert møte (Alakare & Seikkula, 2022). Videre ble de inspirert av Andersens fokus på viktigheten av tilstedeværelse i nuet, og verdien av å ha fokus på de subtile og ikke-subtile skiftene i tanker, følelser og handlinger som oppsto i møtene. Ideen bak dette fokuset var forankret i troen på at det er i disse øyeblikkene det eksisterer muligheter for nye dialoger (Alakare & Seikkula, 2022).

I tillegg har arbeidene til Colwyn Trevarthen, Daniel Stern og Stein Bråten, som alle fremhever betydningen av respons, hatt stor betydning. Respons, forstått som uforbeholden anerkjennelse av den andres stemme (Seikkula & Arnkil, 2013). Kjernen i all relasjonell praksis er responsivitet, i følge Seikkula & Arnkil (2013). Derfor må fagpersoner sørge for at andre opplever at man lytter og responderer. Det krever at man er til stede i øyeblikket, ikke bare som fagperson, men også som det mennesket man er. I dette ligger forståelsen av at det bare er øyeblikket som er tilgjengelig, og at alt bare skjer én gang. Man får aldri muligheten til å vende tilbake til de samme meningene som oppsto i et forrige møte. Hver samtale er unik og skaper et nytt språk. Man har nye muligheter for å skape rom for det som ikke fikk tilstrekkelig rom forrige gang, men man får aldri muligheten til å vende tilbake til det som oppsto i forrige møte. Derfor er det så viktig å være helt og fullt tilstede i øyeblikket. Det er dette den russiske filosofen Mikhail Bakhtin refererer til som ”tilværelsens engangsdeltakelse” (Seikkula & Arnkil, 2013). Bakhtin’s forståelse av den polyfone virkeligheten har hatt stor betydning for utviklingen av dialogisme innen Åpen dialog. I følge Seikkula & Arnkil (2013) er den sosiale virkeligheten alltid polyfon. ”Vi lever i et mangfold av stemmer som slås av og på, og gjør seg gjeldende samtidig, avhengig av *om hva, hvor, hvordan og med hvem vi snakker*” (s. 112). Individene i polyfone møter sees ikke på som

enkeltvis sinn, men sinn som hele tiden initierer og responderer med hverandre. Stemmene er dermed talende bevisstheter. Personlighet er ikke en psykologisk struktur inne i det enkelte menneske. Det er handlinger som finner sted mens vi snakker. Slik dannes menneskers bevissthet. Dette innebærer at det i samtalen mellom mennesker ikke eksisterer et ferdig utviklet budskap i hodet på den som snakker, og som så formidles til mottakerne. Budskapet konstrueres i feltet mellom samtalepartnerne. Når vi deltar i samtaler vil våre ulike erfaringer eller ”stemmer” påvirke og bidra i dialogen. Fagpersoner deltar alltid i dialogene som fagpersoner med sin fagkunnskap, men også som levende mennesker med ulike erfaringer og preferanser. Denne tankegangen som er adoptert fra Bakhtin har senere blitt brukt til å beskrive dialogisitetens grunnholdning som en epistemologisk innstilling (Seikkula & Arnkil, 2013, s. 113).

Tre elementer ble sentrale i utviklingen av Åpen dialog i den finske behandlingssammenheng: 1. Nettverksmøter der alle berørte personer (pasienten, familien og det sosiale nettverket) deltar fra første stund for å vinne ny forståelse gjennom dialog; 2. Tilnærmingen dannet det prinsipielle utgangspunktet for organiseringen av hele det psykiatriske behandlingstilbudet i det geografiske opptaksområdet på en måte som gjorde dialog mulig; og 3. Deltakende handlingsforskning for å undersøke effekt og behandlingsforløp knyttet til bruk av Åpen dialog (Seikkula & Arnkil, 2013, s. 54). Forskningen på denne utviklingen medførte syv grunnleggende behandlingsprinsipper for utførelse av den åpne dialogen. Se tabell 3.

Tabell 3. Syv grunnleggende prinsipper for utøvelsen av Åpen dialog

<ol style="list-style-type: none"> 1. Umiddelbar hjelp. Det første møtet arrangeres innen 24 timer fra første kontakt. Målet er å starte behandling så fort som mulig for om mulig å hindre forverring og sykehusinnleggelse. 2. Et sosialt nettverksperspektiv. Pasienter, familier og andre viktige personer i pasientens liv inviteres alltid med til de første møtene for å mobilisere støtte til pasienten og familien. Sosiale nettverk anses relevante i definisjonen av selve problemet. 3. Fleksibilitet og mobilitet. Målet er å tilpasse den terapeutiske responsen til den spesifikke situasjonen og de spesifikke behovene i hvert enkelt tilfelle. 4. Teamets ansvar. Den som først blir kontaktet vil være ansvarlig for å organisere det første nettverksmøtet og kalle inn teamet som skal ha behandlingsansvar. Teamet har ansvaret for behandlingen så lenge det er behov. 5. Psykologisk kontinuitet. Ved at teamet har ansvar for hele behandlingsforløpet sikres kontinuiteten i behandlingen. 6. Toleranse for usikkerhet. Det primære ansvaret til behandlingsteamet når det oppstår en krise er å skape mest mulig sikkerhet i en situasjon der ingen foreløpig kjenner løsningen på problemene. Forhastede slutninger og behandlingstiltak unngås. 7. Dialog. Det viktigste er å legge til rette for dialog mellom pasienten, det sosiale nettverket og behandlingsteamet. Målet er å øke pasientenes psykologiske ressurser ved å mobilisere deres sosiale nettverk til å være aktive medspillere i behandlingen, for så å skape endring hos pasienten eller familien og utvikle nye forståelser i forhold til krisen som har oppstått.
--

(Seikkula & Arnkil, 2013, Bergström et al. 2018)

Selv om Åpen dialog ble benyttet for alle med psykiske kriser i Vestre Lappland er forskningen om Åpen dialog i denne konteksten fokusert på mennesker som opplever

psykotiske kriser (Martindale, 2022). Den tidligste forskningen bekreftet at umiddelbar hjelp, en fleksibel involvering av pasient og dennes nettverk, og psykologisk kontinuitet, var nøkkelfaktorer for å redusere behovet for sykehusinnleggelse (Alakare and Seikkula, 2022, p. 47). Tilnærmingen ble senere funnet å være assosiert med redusert bruk av nevroleptiske medisiner, opprettholdelse av bedring etter akutt psykose, og tilbakevending til utdanning eller arbeid. Bergstrøm et al. (2018) har oppsummert 19 års oppfølging av personer med førstegangpsykose og bruk av Åpen dialog. De konkluderer med at pasienter fulgt opp ved hjelp av Åpen dialog klarer seg bedre enn personer gitt tradisjonell behandling. Studien tyder på at ikke bare opplevelsen av å motta (og levere) omsorg er forbedret, men at også helsekostnader reduseres gjennom raskere bedring, redusert sykehusinnleggelse, mindre tid i behandling og redusert behov for uføretrygd (Mosse et al., 2023).

1.3.2 Åpen dialog i andre forskningskontekster

Fra Åpen dialog i Vestre Lappland, ble tilnærmingen først praktisert i Skandinavia, for deretter å bli spredd ellers i Europa (Buus et al., 2017). Oversiktsartikkelen til Pocobello et al. (2023) har undersøkt og gir en oversikt over utvikling og implementering av Åpen dialog i ulike behandlingskontekster globalt. Artikkelen avdekker stabil vekst i antall Åpen dialog praksiser verden over. Tilnærmingen praktiseres nå i mer enn 24 land, inkludert flere i Europa, samt Australia, Japan, India, Latin-Amerika og USA (Mosse et al., 2023). I skandinavisk forskningssammenheng er Åpen dialog hovedsakelig beskrevet som en lovende og gunstig tilnærming i psykisk helsearbeid (Buus et al., 2017). I en oversiktsartikkel av Buus et al. (2021), sorteres denne forskningen inn i 4 hovedemner: Opplæring og trening i Åpen dialog, familie- og nettverkets erfaringer med Åpen dialog, klinikers erfaringer med Åpen dialog, og strukturelle og organisatoriske barrierer og motstand ved implementering av Åpen dialog. Funnene viser ulike nivåer av implementering; fra den enkelte klinikers praksisfilosofi, til måten teamene strukturerer og legger til rette for kliniske møter, og til helhetlige tilpasninger for å oppnå en dialogisk praksis. Funnene indikerer at deltakende ansatte, klienter og sosiale nettverksmedlemmer i stor grad omfavnet Åpen dialog, men at det også er spesielle ideologiske og organisatoriske utfordringer knyttet til implementeringen (Buus et al., 2021).

Verdens første storskala randomisert-kontrollert multisenter studie (ODDESSI) er i gang i Storbritannia. Studien har som mål å undersøke effekten av Åpen dialog i det offentlige psykiske helsevesenet (National Health Service) og sammenlikne resultatene med etablerte behandlingsmetoder (Mosse et al., 2023). En pilotstudie til ODDESSI viser signifikant

forbedring i funksjon og velvære hos pasienter som ble behandlet gjennom en Åpen dialog tilnærming (Kinane et al., 2022). Lokal kontekst og ulike design har gjort det utfordrende å sammenlikne de forskjellige utviklings- og implementeringsarbeidene innen Åpen dialog (Buus et al., 2017; Waters et al., 2021). Mange forskningsmiljøer har adaptert den finske og opprinnelige tanken om at konteksten er viktigst, og at studiene må tilpasses den lokale konteksten for å lykkes (Clement & McKenny, 2019; Florence et al., 2020, 2021). Andre har vært mer opptatt av utviklings- og implementeringsprosesser fundert i standarder (Gordon et al., 2016; Freeman et al., 2019; Waters et al., 2021). Buus et al., (2021) oppfordrer til utvikling av implementeringsinitiativ som har en høyere grad av standardisering og som samtidig ivaretar det fundamentale og grunnleggende ved Åpen dialog. I lys av det gryende mangfoldet er det, ifølge Mosse et al. (2023), et empirisk spørsmål om Åpen dialog er en tydelig avgrenset intervensjon eller en bred tilnærming manifestert i en rekke lokale former. Forfatterne konkluderer med at selv om Åpen dialog har tatt ulike former i de ulike helsekontekstene, har tilnærmingen likevel en kjernefilosofi med et sett av verdier og prinsipper (Mosse et al., 2023).

Flere forskningsmiljøer har gjort forsøk på å operasjonalisere tilnærmingen. Olson et al. (2014) har utviklet 12 troskapskriterier som beskriver elementene i den Åpne dialogen. Se tabell 4. De to første kriteriene er organisatoriske kriterier. De neste kriteriene (3-12) beskrives som terapeutiske elementer.

Tabell 4. De tolv troskapskriteriene for Åpen dialog.

<ol style="list-style-type: none"> 1. To eller flere fagfolk deltar i nettverksmøtene. Dette for å kunne respondere og møte akutte kriser på en effektiv måte. 2. Deltakelse fra familie og nettverk fra første stund gjør de til viktige partnere gjennom hele behandlingsprosessen. 3. Bruke åpne spørsmål, bidrar til dialog og nye perspektiver 4. Respondere på ulike ytringer, ved bruk av aktiv lytting, ved bruk av deltakernes egne ord, og også følge opp non-verbale ytringer. 5. Fremdyrke betydningen av tilstedeværelse/ vektlegge øyeblikket, ved å respondere på umiddelbare ytringer i møtet, og å tillate emosjoner i å oppstå og få plass, uten umiddelbart å fortolke emosjonene. 6. Stimulere til mangfold av synspunkter fra deltakerne, som bidrar til nye perspektiver og gir et større mulighetsrom for dialog og polyfoni. 7. Bruke et relasjonelt fokus i dialogen, der man stiller spørsmål til flere enn en. Målet er å engasjere hele gruppen i en dialog rundt bestemte tema for å bidra til at flere "eier" temaet. 8. Være oppmerksom på det språklige meningsinnholdet i deltakernes utsagn, ved at terapeutene etterstreber å kommentere og svare på det som blir sagt på en måte som ser på symptomer eller problematferd som fornuftige, eller naturlige reaksjoner på en vanskelig situasjon. 9. Vektlegge pasienten/ klientens ord og historier – ikke symptomer, slik at pasienten får mulighet til å sette ord på vanskelige/ psykotiske opplevelser. Målet er å gi stemme til personens opplevelse, og gjøre den mer forståelig. Dette betyr ofte å fokusere på de små detaljene i personens beskrivelse av hva som skjedde, eller hva som faktisk skjer i rommet mens personen forteller sin historie. 10. Bruke refleksjoner mellom fagfolkene i møtet, der de andre deltakerne i møtet får muligheten til å lytte, for deretter å kunne kommentere på det de har hørt terapeutene snakke om. Målet med reflekterende prosesser er å skape bevegelse og bidra til nye perspektiver. 11. Være transparente, ved at alle samtaler om behandling skjer med alle tilstede. 12. Tåle usikkerhet, enhver krise er unik. Forhastede beslutninger og raske konklusjoner om krisens natur, diagnose, medisiner og organisering av terapien unngås. I fellesskap forsøker man å finne løsninger på problemene.
--

(Olson et al., 2014)

Eiterå et al. (2014) har operasjonalisert de syv grunnprinsippene i Åpen dialog gjennom praktiske nøkkelmarkører som beskriver hvordan prinsippene kan anvendes i praksis. I ODDESSI studien har man utviklet COMFideS, et trokapsmålingsverktøy som skal bidra til å måle forskjellige aspekter ved troskap til Åpen dialog. Studien konkluderer med at CoMFideS kan være et pålitelig og gjennomførbart trokapsmålingsverktøy (Monjaras, 2019). ”Open dialogue adherence scale”, er en del av COMFideS og er ment å brukes i nettverksmøtene for å måle troskap til metoden, og er blant annet basert i de 12 trokapselementene beskrevet i Olson et al. (2014) (Pilling et al., 2022). Lotmore et al. (2023) beskriver sitt innledende arbeid med å psykometrisk teste ”Open dialogue adherence scale”. Deres konklusjon er at resultatene som er presentert i studien gir et lovende grunnlag for videre utvikling av ”Open dialogue adherence scale” som et validert trokapsmålingsverktøy. Parallelt har man ved University of Massachusetts startet opp en pilot for å teste ut og videreutvikle de tolv trokapskriteriene til Olson et al. (2014) som en forberedelse til en klinisk studie om Åpen dialog i Atlanta, USA (Olson, 2022).

1.4 Studiens rasjonale

Et økende antall forskningsartikler om Åpen dialog viser en økende interesse for tilnærmingen (ref. 1.3). Til nå har forskningen utenfor den finske konteksten i hovedsak vært kvalitativ og bestått av småskalastudier. Ulike design og kontekster har gjort det vanskelig å sammenlikne studiene (Buus et al., 2021). Freeman et al. (2019) påpeker mangelen på studier av høy kvalitet. Forfatterne anbefaler større naturalistiske studier med fokus på hvordan og om Åpen dialog virker.

Tidligere forskning om Åpen dialog i Norge har fokusert på erfaringer i ulike kontekster (Brottveit, 2002; Bøe 2016; Holmesland, 2015; Jacobsen et al., 2018; Lidbom et al., 2014, 2016; Omvik & Kvamme, 2022; Ulland et al., 2014). Brottveit (2002) beskriver Valdresprosjektet, et forsknings- og utviklingsprosjekt som ble gjennomført i perioden 1999-2002. Intensjonen med Valdresprosjektet var at pasientene skulle oppleve god kvalitet på behandlingstilbudet. Nettverksmøter ble arbeidstilnærmingen, og nettverksmøtene var arenaen for samarbeid mellom pasienten, dennes pårørende og helsetjenestene (bestående av både første- og andrelinjetjenestene). Erfaringer fra dette prosjektet viser betydningen av denne samarbeidsformen der nettverksmobilisering, økt selvinnsikt og større evne til å mestre egen lidelse løftes frem (Brottveit, 2002). Doktorgradsavhandlingen til Bøe (2016) var en del av et større forsknings- og utviklingsprosjekt i Agder der hensikten var å undersøke

dialogiske og nettverksbaserte praksiser rettet mot barn og ungdom. Studien omhandler ungdoms beskrivelser av egne endringsprosesser i livet gjennom perioden de mottok hjelp via en dialogisk tilnærming. Studiene til Ulland et al. (2013) og Lidbom et al. (2014, 2016) omhandler data fra samme prosjekt. Funn fra Ulland et al. (2014) viser at når alle deltakere samhandler i en felles prosess er endringene ved innføring av en dialogisk praksis bærekraftig. Samtidig viser funnene at Åpen dialog utfordrer tradisjonell behandling og at dette kan hemme samarbeidet. Lidbom et al. (2014, 2015) fokuserer på samspillet mellom deltakernes indre og ytre dialoger i nettverksmøtene. Funn fra studiene viser at samspillet mellom indre og ytre dialoger hadde betydning for å forstå meningsfulle øyeblikk i møtene. Holmesland (2015) har undersøkt fagfolks erfaringer med Åpen dialog og ungdoms sosiale nettverk. Jacobsen et al. (2018) har undersøkt hvilke erfaringer pasienter, pårørende og fagfolk hadde med Åpen dialog på en lukket psykiatrisk avdeling. Omvik & Kvamme (2022) har undersøkt hvilket utbytte pasienter har av Åpen dialog i nettverksmøter i en dagavdeling. Disse studiene viser positive endringer og opplevelser med Åpen dialog som tilnærming. I norsk sammenheng finnes det ingen større studie som følger en gruppe klinikere i en utviklingsprosess over tid. Det er heller ikke gjort undersøkelser om hvordan deltakere i nettverksmøter erfarer å delta i nettverksmøter i større skala.

På Akershus universitetssykehus har man praktisert tilnærmingen Åpen dialog i nettverksmøter i flere forskjellige enheter innen psykisk helsevern i mer enn 20 år. Flere omliggende kommuner i sykehusets opptaksområde har også praktisert Åpen dialog over tid. Noen studier er gjennomført. Sørgård (2016) har undersøkt pasienter og pårørendes erfaringer med Åpen dialog på en lukket psykiatrisk avdeling. Jacobsen (2016) har undersøkt behandleres erfaringer med Åpen dialog i en lukket psykiatrisk avdeling. Rosengren (2018) har undersøkt erfaringer med å prøve ut Åpen dialog i nettverksmøter som ny praksis i første samtale med pasient, etter at hen er vurdert til å ha rett til utredning ved allmennpoliklinikk på distrikts-psykiatrisk senter (DPS). Resultatene er lovende og viser at pasienter, pårørende og behandlere erfarer Åpen dialog som en god tilnærming i behandling av psykiske lidelser. Samtidig er utvalgene i undersøkelsene små. På bakgrunn av dette var det nødvendig med en større studie som inkluderte flere enheter og et større utvalg for å få mer kunnskap om utviklingen av Åpen dialog i denne konteksten.

Krav til brukermedvirkning og fokus på menneskerettigheter i behandling av mennesker med psykiske helseutfordringer og deres familier er vel dokumentert i nasjonale og internasjonale føringer (Helsedirektoratet, 2017, 2023; Europarådet, 2021; WHO, 2021). Helsedirektoratet (2017) slår fast at brukermedvirkning er en lovfestet rettighet som gir

brukerne rett til å medvirke, og tjenestene plikt til å involvere brukerne i undersøkelser, behandling og valg av tjenestetilbud. Likeverd, respekt og autonomi blir løftet frem som viktige premisser i alt psykisk helsearbeid (Helsedirektoratet, 2017; Psykisk helsevernloven, 1999). Evalueringen av pakkeforløp psykisk helse og rus (Helsedirektoratet, 2021) viser at det gjenstår en god del for å oppnå målsettingene med økt brukermedvirkning og pårørendeinvolvering. Ukom-rapporten ”Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko” konkluderte med at de involverte tjenestene hverken samarbeidet godt nok eller delte nødvendig informasjon med hverandre og de pårørende. Rapporten slår fast at helsetjenestene må innhente og dele informasjon slik at beslutningsgrunnlaget i behandlingen blir på bredest mulig grunnlag (Ukom, 2023). Å forebygge og redusere tvang og andre former for overgrep er også sentrale forbedringsområder i denne sammenheng (Helsedirektoratet, 2021; Europarådet, 2021). En fortsatt utvikling i helsetjenestene som ivaretar brukermedvirkning, pårørendeinvolvering og som er å tråd med menneskerettighetene er derfor viktig. Åpen dialog er en tilnærming som både ivaretar bruker- og familieperspektivet, fremholder et likeverdig samarbeid og er godt tilpasset menneskerettighetene (von Peter et al., 2019; Europarådet, 2021; Karlsson & Borg, 2022). Dette kan gjøres ved å vektlegge transparens i planlegging og initiering av behandling, og der man respekterer pasientens vilje og preferanser uten utilbørlig påvirkning. Gjennom utveksling, refleksjon og støtte i nettverksmøtene settes personen i stand til å beholde sin rettslige handleevne og til å ta den endelige avgjørelsen om for eksempel hans/hennes behandling (Europarådet, 2021, s. 56). Åpen dialog setter menneskelig frihet og menneskerettigheter på dagsordenen gjennom å fasilitere samarbeidsformer som fastholder personers autonomi og legger til rette for relasjonelle og kontekstuelle forståelser av psykiske helseutfordringer (Karlsson & Borg, 2022). I følge Beeker et al. (2021) er det en økende tendens, verden over, til å diagnostisere mer og mer av menneskelige utfordringer, inn under den psykiatriske paraplyen. En slik ”psykiatisering” av livets utfordringer flytter definisjonsmakten fra personene som opplever krisen, over til ”ekspertene”. Åpen dialog har potensiale til å unngå en slik ”psykiatisering” gjennom å flytte fokuset på krisestøtte bort fra eksterne eksperter til en felles dialog med de involverte. Dette reduserer risikoen for at den psykiatriske vurderingen fjernes fra virkeligheten til dem det gjelder. Å fremme dialog vil dermed kunne forhindre slike ovenfra-og-ned prosesser og ”psykiatisering” i de psykiske helsetjenestene (von Peter et al., 2021). Forskning om Åpen dialog tyder ikke bare på at opplevelsen av å motta (og levere) omsorg forbedres, men at også helsekostnader reduseres gjennom raskere bedring, redusert behov for

sykehusinnleggelse, mindre tid i behandling og redusert behov for uføretrygd (Bergström et al., 2018).

Kunnskapsbasert praksis er en viktig premis i utformingen av våre helsetjenester (Helsebiblioteket, 2021). Forskningsbasert kunnskap er en av kravene til kunnskapsbasert praksis. I dette ligger å kvalitetssikre våre tjenester gjennom å forske på de praksisene vi møter pasienter og pårørende med. Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021-2025 (Helse og omsorgsdepartementet, 2021) påpeker viktigheten av klinikknær forskning. Det gir pasienter og brukere tilgang til nye behandlingsmetoder. En naturalistisk forskningsstudie om Åpen dialog i de psykiske helsetjenestene imøtekommer disse forventningene. Freeman et al. (2019) etterlyser gode kvalitative studier som søker å forstå hvordan brukere og ansatte erfarer nettverksmøter. Forfatterne anbefaler i den sammenheng å benytte standardiserte kvalitative analyser, eksakte og anerkjente evalueringsverktøy og inkludere flere deltakere enn det tidligere studier har. Mosse et al. (2023) konkluderer med at det fortsatt gjenstår mye forskning om Åpen dialog og hva de individuelle og institusjonelle endringene kan innebære. Spørsmål rundt kjerneelementene, institusjonelle forutsetninger og barrierer, kontekstuelle faktorer i en gitt kontekst, klientpopulasjon eller klinisk gruppe må stadig undersøkes på nytt, i og med at Åpen dialog som terapeutisk intervensjon sprer seg og diversifiserer over hele kloden (Mosse et al, s. 4). Forskning om tilnærmingen i ulike kontekster og sammenhenger er derfor viktig for å øke kunnskapen og ta del i de ulike diskursene om Åpen dialog.

2.0 Vitenskapsteoretiske perspektiver

I dette kapitlet presenteres avhandlingens vitenskapsteoretiske perspektiver og forståelser.

2.1 Vitenskapsteori

Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori er metavitenskaper. Gjennom teoretisk og filosofisk refleksjon søkes klarhet i hva som kjennetegner vitenskapelig tenkning og metode, hva som er kriterier for vitenskap, hva som gjelder som gyldig kunnskap, og hvordan kunnskap kan oppnås (Thornquist, 2018, s. 11). Vitenskapsteori tar utgangspunkt i forskning og drøfter hva som er gyldige veier til sannhet om ulike fenomener (Aadland, 2013, s. 48). Ontologi, epistemologi og metodologi er sentrale begreper i denne sammenheng. Ontologi er læren om virkeligheten, det ”værende”, det som eksisterer, og består av ulike teorier om hvordan verden ser ut og er bygget opp (Nyeng, 2012, s. 37). Ontologiske standpunkter avgjør hva det er mulig og nyttig å forske på (Aadland, 2013, s. 65). Hvordan verden fremstår når vi studerer

den på en bestemt måte, eller forsker på den med et bestemt teoretisk utgangspunkt, knyttes til epistemologi og kunnskapsutvikling (Nyeng, 2012, s. 37). Selv om filosofiske ideer er skjult i forskningen så vil forskerens ontologiske og epistemologiske posisjon påvirke forskningen (Creswell & Creswell, 2018). Problemstillingene kommer ikke av seg selv. De er farget av våre oppfatninger og tankemodeller om verden. Våre grunnleggende antakelser får oss til å stille noen typer spørsmål og se bort fra andre. De er bestemmende for hva vi finner interessant, hva vi betrakter som gyldig kunnskap, og hvordan vi går frem for å utvikle denne kunnskapen på systematisk vis (Thornquist, 2018, s. 17). Min ontologiske og epistemologiske posisjon påvirker dermed hvordan jeg oppfatter og tenker om verden (ontologi), og hvordan jeg som forsker har gått frem for å utvikle kunnskap om temaet jeg undersøker (epistemologi).

Metodologi er læren om vitenskapelige metoder. Metode dreier seg om å etablere prosedyrer og teknikker for å komme frem til mest mulig relevant og pålitelig kunnskap om det man studerer. Det inkluderer hvordan informanter bør velges ut, hvordan data skal samles inn, og hvordan data skal analyseres og tolkes (Johannessen et al., 2015, s. 44). Forskning involverer både filosofiske antagelser (ontologi og epistemologi), og bestemte metoder og prosedyrer (metodologi). Creswell & Creswell (2018, s. 5) foreslår derfor at forskeren alltid inkluderer sin ontologiske og epistemologiske posisjon, definisjon og basale ideer som tilhører denne posisjonen, og tilslutt beskriver hvordan dette påvirker og former forskningsprosjektet. I det følgende gjør jeg så.

2.2 Min ontologiske posisjon

2.2.1 *Min vei og forforståelse*

Da jeg gikk videreutdanning innen psykisk helsearbeid i år 2000 var jeg med mitt kull et av de første kullene som kunne velge mellom en tverrfaglig retning og en psykiatrisk sykepleiefaglig retning i videreutdanningen ved daværende Høgskolen i Akershus. Jeg valgte den tverrfaglige retningen og vi som deltok i den gruppen, besto av ulike profesjoner med ulike syn på psykisk helsearbeid. Samme året fikk programmet nytt pensum. En av bøkene var Jaakko Seikkulas bok, *Åpne samtaler* (2000), som ble utgitt samme år som jeg gikk videreutdanningen. Å lese den var å tre inn i et nytt univers. Jeg ble betatt, og da spesielt av historiene som ble presentert i boka. Historien om Maija som mistet sin lille datter i en snøscooterulykke, og som deretter gikk fullstendig i oppløsning, rørte meg veldig. Det var sterkt å lese hvordan Seikkula og kollegaer, ved å inkludere Maijas sosiale nettverk i den åpne

dialogen, gjorde det mulig å snakke om ulykken, hatet, bitterheten og sorgen som oppsto i forbindelse med ulykken, på en slik måte at de alle, inkludert Maija, kunne leve videre. Det tankesettet som ble presentert for meg i boken gjorde noe med meg, og hvordan jeg forstår psykiske lidelser.

Som sykepleier er jeg utdannet til å utøve sykepleie. Jeg har lært å utøve det kliniske blikk, og å lage gode og systematiske planer for dette arbeidet. Jeg lærte omsorgsteori der sykepleieteoretikere som Kari Martinsen og Katie Ericsson var sentrale. I omsorgsteoriene vektlegges relasjonene mellom to mennesker, fellesskap, solidaritet og gjensidighet (Kirkevold, 2020). Men det var da jeg leste *Åpne samtaler* (2000) at jeg virkelig forsto at psykiske lidelser opptrer i en sammenheng, og at denne sammenhengen må hensyntas i alt psykisk helsearbeid. Jeg gikk fra et individfokus til et familie- og nettverksfokus. Boka har vært med meg siden.

Samtidig arbeider jeg i en sykehusavdeling preget av et psykiatrisk paradigme med en biomedisinsk forståelse og behandling av psykiske lidelser med ICD-diagnoser. Avdelingen er hierarkisk oppbygget med psykiatere og psykologfaglige spesialister som behandlingsansvarlige, der andre faggrupper, så som sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, deltar i teamene rundt pasientene som miljøpersonell. Det er i denne konteksten mine kollegaer og jeg har introdusert og utviklet *Åpen dialog*. Dette som et forsøk på å få til økt brukermedvirkning og bedre samarbeid med pasienter og deres pårørende. Retrospektivt har dette bidratt til en tjeneste der vi har beveget oss fra et tradisjonelt psykiatrisk perspektiv der den medisinske modellens normalitetsbestemmelse har vært rådende, til et perspektiv der kunnskapsgrunnlaget er mer tverrfaglig, tverrvitenskapelig og har røtter innen det humanvitenskapelige paradigmet. Å arbeide med *Åpen dialog*, og senere studere *Åpen dialog*, har derfor preget min profesjonelle og personlige utvikling. Det har bidratt til å forme meg som fagperson, menneske og forsker. Det har vært, og er fortsatt, en dannelsesreise.

2.2.2 Det humanvitenskapelige paradigmet

Mitt ontologiske ståsted eller virkelighetssyn vil jeg plassere innen det humanvitenskapelige paradigmet. Psykisk helsearbeid er forankret i den humanistiske tradisjonen og i et humanvitenskapelig paradigme (Karlsson & Borg, 2013, s. 45). Et humanistisk menneskesyn hviler på en forståelse av mennesket som unikt, fritt og med mulighet til å treffe egne valg (Aadland, 2013). Typisk innen det humanvitenskapelige paradigme finner vi vitenskapsteoretiske retninger som hermeneutikk og fenomenologi - retninger som i større grad fokuserer på fortolkning (Bondevik & Bostad, 2003).

Hermeneutikken har gitt oss begrepene forforståelse og forståelseshorisonter (Aadland, 2013). Jeg formes ikke i et vakuum, jeg er barn av min tid og er preget av samtidens strømninger og perspektiver. Jeg er preget av min oppvekst, mine opplevelser, mine venner og kollegaer. Jeg er også preget av det jeg ikke vet at jeg er preget av. I den tid jeg har virket som sykepleier, og tatt videreutdanninger, har helsepolitiske føringer som Stortingsmelding 25 (Meld. St. 25 (1996-1997)) Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene, Opptrappingsplan for psykisk helse (Prop.63 (1996-2006)), og Samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009) påpekt nødvendige endringer og vist til nytt verdigrunnlag innen psykisk helsearbeid. Disse føringene har selvfølgelig også påvirket meg og preget min forståelse av ”verden”. Alle disse grunnantakelsene, eller forforståelsene, og hvordan man forstår verden ut fra disse forforståelsene, er et generelt trekk ved mennesker (Kvale & Brinkmann, 2015). Både fagpersoner, pasienter og pårørende møter hverandre med en forforståelse som preger oss i møte med hverandre (Karlsson & Borg, 2015, s. 22). Likeledes så har jeg en oppfatning av at det ikke bare finnes én virkelighet. Det finnes mange og like gyldige versjoner av virkeligheten man studerer. ”Fakta” blir derfor ikke avdekket av vitenskapen, men er kun mulige svar på de *spørsmål* som blir reist. Slik sett er ”fakta” heller tilfeldige versjoner av virkeligheten – andre spørsmål ville ha avfødt andre ”fakta” (Lock & Strong, 2014, s. 20). Alle disse versjonene eller ”fakta” er avhengige av den som observerer. Derfor må objektiviteten settes i parentes fordi det ikke er mulig å være helt nøytral eller bare være en tilskuer til det man studerer. Maturana, Bateson, og senere Gergen, er representanter for denne posisjonen (Haugsgjerd et al., 2000, s. 54). I følge Gergen forutsetter tradisjonell vitenskap stabilitet, men stabilitet finnes ikke i en virkelighet som alltid er i forandring. Derfor kan en handling beskrives på uendelig mange måter, og grunnlaget for å identifisere en handling på en bestemt måte er ikke empirisk, men bygger på fortolkninger (Haugsgjerd et al., 2000). Som menneske og som forsker er jeg derfor et fortolkende vesen, og det jeg studerer påvirkes av meg, og jeg av det jeg studerer. Dette er diametralt motsatt fra det positivistiske paradigmet som forfekter objektivitet og eliminering av det subjektive.

Innen fenomenologien anses subjektivitet som forutsetning for forståelse (Thornquist, 2018). Gadamer knytter sammen forforståelsens betydning med forståelsen, og samtalen eller dialogen med et annet menneske gjør det mulig å utvikle en felles forståelse av emnet man samtaler om (Karlsson & Borg, 2013, s. 51). Min ontologiske antagelse styrer hva jeg ønsket å studere. I denne sammenheng, erfaringer, en virkelighet som ikke er fysisk og målbar, men som eksisterer mellom mennesker. Og som forsker, som forsker på levende med-subjekt, vil jeg både påvirke og bli påvirket av de jeg forsker på (Skirbekk, 2022). På grunn av det

hermeneutiske forholdet mellom forskeren og de som blir forsket på, kan slik humanvitenskapelig forskning føre til endringer i selvopfatning hos forskeren selv, og de som blir forsket på (Skirbekk, 2022, s. 57). Jeg har inngått i et forskningssamarbeid der planlegging av forskningsprosjektet, innsamling av data og analyser har foregått i felleskap med veiledere, prosjektleder og deltakere i studien. Jeg er fullt ut ansvarlig for mine arbeider og hvordan jeg formidler det. Likefullt er det et "vi", og ikke et "jeg", som preger mine beskrivelser av forskningsprosessen i denne avhandlingen, og dette synet tuftes på bakgrunn av min ontologiske posisjon.

2.3 Min epistemologiske posisjon

Epistemologi er filosofien om kunnskap og rommer en langvarig diskusjon om hva kunnskap er og hvordan den kan oppnås (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 69). Epistemologiske teorier forsøker å gi svar på hva kunnskap egentlig er, og på hvilket grunnlag vi kan si at vi vet noe. Innen samfunnsvitenskapen er det et skille mellom dem som mener vi kan feste lit til våre observasjoner av virkeligheten og de som mener den sosiale verden sjelden er slik den fremstår (Johannessen et al., 2015). De førstnevnte mener man kan etablere kunnskap ved å observere og måle de fenomener man ønsker å studere ved hjelp av undersøkelsesmetoder som kommer fra naturvitenskapen, mens de sistnevnte mener at bak observerbare menneskelige forhold, slik som handlinger, ligger en viktig meningsdimensjon som bare kan gripes gjennom fortolkning (Johannessen et al, 2015, s. 44). Min epistemologiske antakelse stemmer med det siste.

Samtalen innebærer en grunnleggende måte å konstituere kunnskap på og en oppfatning av den menneskelige verden som samtalevirkelighet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 336). Det kvalitative forskningsintervjuet er en særegen form for samtale der strukturen er lik den dagligdagse samtalen, men involverer en bestemt metode og spørreteknikk. Selv om intervjuet fokuserer på den intervjuedes opplevelser vises forskerens grunnantakelser gjennom spørsmålene som blir stilt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 44). Forfatterne skiller mellom kunnskapsinnhenting og kunnskapskonstruksjon som kan illustrere de ulike epistemologiske oppfatningene av intervjuprosessen. I den første, kunnskapsinnhenting, forstås kunnskap som noe som venter på å bli avdekket ubesudlet av intervjueren. Intervjueren graver frem gullkorn, enten det er objektive data eller subjektive meninger, rene og upåvirket av ledende spørsmål. I den andre, kunnskapskonstruksjon, forstås kunnskap som noe intervjueren samler inn, påvirker og fortolker gjennom samtalene med dem han intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg plasserer meg i den siste, kunnskapskonstruksjon, der jeg

påvirker og påvirkes i samhandling med de jeg intervjuer.

2.4 Metodologi

Ontologiske og epistemologiske spørsmål ligger bak valg av konkrete design og metoder (Thornquist, 2018), og bidrar til en forskningstilnærming som enten er kvalitativ, kvantitativ eller blandet (Creswell & Creswell, 2018). Samfunnsvitenskapens studieobjekter består av kommuniserende og tolkende mennesker. En slik kompleksitet krever ofte et mangfold av fremgangsmåter og metoder (Johannessen et al., 2015, s. 31). I følge Kvale & Brinkmann (2015) bør temaet (og forskningsspørsmålene) bestemme metoden(e).

Denne studiens forskningsspørsmål har fokusert på deltakeres erfaringer med utvikling av Åpen dialog som tilnærming i offentlige psykiske helsetjenester i en norsk kontekst. Siden vår studie er den første til å undersøke en slik utvikling i vår kontekst, valgte vi en eksplorativ tilnærming. Valg av metode avhenger også av om intensjonen er å spesifisere hvilken type informasjon man ønsker å samle i forkant av studien, eller om man ønsker at det kommer fra deltakerne i prosjektet (Creswell & Creswell, 2018, s. 16). Vi ønsket begge deler. Derfor har vi anvendt kvalitative og kvantitative metoder for innsamling av data. Dette fordi anvendelsen av begge metoder ga oss mulighet for både å spesifisere og klargjøre ulike spørsmål i forkant av studien, samtidig som vi ønsket data med hovedvekt på deltakernes egne beskrivelser av temaet.

Spørreskjema er en vanlig måte å samle inn kvantitative data på (Johannessen et al., 2015). En vanlig oppfatning er at man da har en empirisk/ positivistisk vitenskapelig posisjon. I følge Thornquist (2018) er dette en feilslutning. Spørreskjemaer med mål om å fremskaffe frekvenser, omfang og fordeling av fenomener kan brukes ut fra ulike posisjoner. Forskeres grunnleggende posisjon kommer til uttrykk gjennom hva de velger å spørre om gjennom spørreskjemaer, og hvordan innsamlet data bearbeides, tolkes og settes inn i større sammenhenger (Thornquist, 2018, s. 235). I denne studiens sammenheng handler også disse spørreskjemaene om å beskrive erfaringer sett fra personene som deltok i studien sine perspektiver eller sammenhenger. Faste spørsmål og svaralternativer innebærer en standardisering som gjør det enkelt å undersøke likheter og forskjeller i måten deltakere svarer på. Ved hjelp av statistiske analyser kan man undersøke sammenhenger mellom fenomenene (Johannessen et al., 2015, s. 259). I vår studie ønsket vi å undersøke om det er mulig å utvikle et lokalt opplæringsprogram som gjorde deltakerne i stand til å lede nettverksmøter. Derfor var det naturlig å bruke et pre- og postdesign der vi kunne sammenlikne deltakernes kunnskap, læringsutbytte og erfaringer før, underveis i og etter

opplæringsprogrammet. Det krevende med utformingen av prekodete spørreskjemaer, er at man på forhånd må vite hva man skal spørre om, samtidig som man i begynnelsen av et prosjekt ofte har lite kunnskap om temaet man ønsker å undersøke. For at respondentene skal kunne gi fornuftige svar må de først forstå ord og uttrykk i spørreskjemaet. De må vite hvilke opplysninger de skal hente frem for å svare. Og de må vite hvilken målestokk (verdiskala) de skal bruke når de svarer. I tillegg må spørsmålene formuleres slik at respondentene føler mindre behov for å justere svaret i sosial ønskelig retning. Når spørreskjemaet først er utformet og tatt i bruk må man leve med eventuelle feil og mangler. Ferdig utviklede spørreskjemaer som andre har utviklet kan være en god løsning istedenfor å lage et selv (Johannessen et al., 2015). Prosjektgruppen valgte derfor å anvende et spørreskjema som har vært brukt i et tidligere utviklingsprosjekt og utviklet ved Universitetet i Sørøst-Norge (Bank et al., 2018). Spørreskjemaene var semistrukturerte og kombinerte åpne og prekodete svar. Det ga muligheter for å sammenlikne svarene, og ga deltakerne muligheten for å utdype og komme med egne refleksjoner. Skjemaene er ikke psykometrisk testet da det ikke finnes slike tilgjengelig for våre problemstillinger. Det nest beste alternativ var da å bruke Bank et al. (2018) sitt skjema fordi dette korresponderte godt med de temaområdene vi ønsket å studere i dette forskningsprosjektet.

Kvalitative metoder egner seg godt for utforskning av erfaring (Malterud, 2012). Ved hjelp av kvalitative metoder kan vi bearbeide og analysere data med sikte på en vitenskapelig sammenfatning av karaktertrekk og egenskaper ved de fenomenene som skal studeres (Malterud, 2012, s. 18). Intervju som forskningsmetode hører til blant de kvalitative forskningsmetodene, og søker å forstå verden sett fra intervjupersonenes side. Målet er å få frem betydningen av folks erfaringer og avdekke deres opplevelse av verden (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20). I tråd med vår eksplorative tilnærming valgte vi å intervju deltakerne for å få en dypere forståelse av deres erfaringer med utviklingen av Åpen dialog. Fokusgruppeintervju ble valgt på bakgrunn av at vi ønsket å utforske erfaringer hos en stor gruppe klinikere. Fokusgruppeintervju er en relevant forskningsmetode når man ønsker å utforske fenomener som gjelder felles erfaringer eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler (Malterud, 2012). Fokusgruppeintervjuet har ikke til hensikt å komme til enighet eller presentere løsninger på de spørsmål som diskuteres. Hensikten er å få frem forskjellige synspunkt og erfaringer om tema. Fokusgrupper er derfor velegnet til eksplorative undersøkelser på ett nytt område ettersom den livlige og kollektive ordvekslingen kan få frem flere spontane, ekspressive og emosjonelle synspunkter (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 179). Fokusgruppeintervju krever også mindre ressursinnsats enn om hver av deltakerne skulle vært

intervjuet hver for seg (Malterud, 2012). I tråd med vår humanvitenskaplige posisjon brukte vi en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming i dette arbeidet (Braun & Clarke, 2022, s. 190). Vi hadde en fenomenologisk tilnærming i intervjuene. Det vil si at vi forsøkte å lede intervjuene så lite som mulig, og følge opp uttalelser og historier for å la fenomenet fremstå mest mulig i tråd med deltakernes egne erfaringer. Målet var å innhente beskrivelser om de intervjuedes livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi valgte derfor også en induktiv og deskriptiv posisjon i vårt analysearbeid for å være tette på deltakernes beskrivelser. En semantisk tilnærming i kodingsarbeidet ble også valgt av samme grunn (Braun & Clarke, 2022). Selv om vi anvendte en induktiv og deskriptiv form for analyse kommer vi ikke utenom tolkning. Våre forforståelser preger hvordan vi leser og fortolker data. Fortolkning ligger til hermeneutikken, og omtales vanligvis som fortolkningslære. Innen hermeneutikken er man opptatt av hva som er fruktbare fremgangsmåter for å oppnå forståelse og gyldige fortolkninger (Thornquist, 2018). Analyse er en meningsskapende prosess. Mening finnes ikke klar til å avdekkes i data. Mening skapes gjennom et samspill mellom forsker, datasettet, analysen og datakonteksten (Braun & Clarke, 2022). Fortolkningen rekker dermed utover det umiddelbare i teksten ved å bringe frem nye differensieringer og innbyrdes relasjoner i teksten, og utvider også dens mening (Kvale & Brinkmann, 2015).

Siden prosjektet var et forsknings- og utviklingsprosjekt av varighet, ga det oss mulighet til, slik vi ønsket, å følge den samme gruppen klinikere over tid. Derfor valgte vi et longitudinelt design og bruk av flerstegs fokusgruppeintervjuer. Flerstegs fokusgruppeintervjuer gir muligheten for å forstå et fenomen i dybden ved at den samme gruppen møtes flere ganger og får anledning til å utdype og samtale om et tema eller fenomen over tid. Deltakerne har mulighet for å korrigere feiltolkninger i analyseprosessen ved at foreløpige analyser fra forrige intervju blir presentert i oppstarten av neste intervju. Det gir et deltakende og responsivt design (Hummelvoll, 2010).

Som jeg har gjort rede for, er kunnskapsproduksjonen i denne studien preget av mitt ontologiske og epistemologiske ståsted, og viser seg gjennom studiens metodologi, forskningsdesign, metodevalg, presentasjon av funn og diskusjon. I det følgende kapittel presenteres studiens metodologi i detalj.

3.0 Studiens metodologi

I dette kapittelet beskrives først forskningsdesign, de ulike fasene i prosjektet, deltakere, datainnsamling, og analyseprosessene anvendt i prosjektet. Deretter presenteres artiklene i studien. Til slutt blir etiske forhold ved arbeidet løftet frem og diskutert.

3.1 Forskningsdesign

Studien er naturalistisk, har et longitudinelt, deltakende og eksplorativt design, og gjør bruk av kvantitative og kvalitative metoder.

3.2 De ulike fasene i prosjektet

Forskningsprosjektet inneholder flere faser. Avhandlingen omhandler fase 1 og fase 2 i forskningsprosjektet.

3.2.1 Fase 1. Opplæringsprogrammet

Opplæringsprogrammet var fase 1 i forskningsprosjektet og ble designet av prosjektgruppen. Målet var å utvikle et lokalt opplæringsprogram som kunne gjøre klinikere i stand til å praktisere Åpen dialog i nettverksmøter. Programmet besto av 6 opplæringsdager fordelt månedlig over 6 måneder. Opplæringen inneholdt teoriundervisning, rollespill og refleksjoner. I tillegg ble det gjennomført plenumsrefleksjoner, diskusjoner og erfaringsutveksling. Med bakgrunn i en dialogisk forståelse hadde opplæringsprogrammet en ramme (teorigjennomgang) besluttet av prosjektgruppen, mens innholdet ble formet i samspill med deltakerne. Det endelige programmet er presentert i tabell 5.

Tabell 5. Opplæringsprogrammet i Åpen dialog i nettverksmøter.

Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5	Dag 6
Øvelse	Øvelse	Øvelse	Øvelse	Øvelse	Øvelse
Oppmerksomt nærvær	Oppmerksomt nærvær	Oppmerksomt nærvær	Oppmerksomt nærvær	Oppmerksomt nærvær	Oppmerksomt nærvær
Teori - undervisning	Teori - undervisning	Teori - undervisning	Teori - undervisning	Teori - undervisning	Teori - undervisning
Bakgrunn Åpen dialog Tradisjon Sosialkonstruksjonisme Hans Skjervheim Daniel Stern Subjekt-ontologi	Ytre og indre dialoger Polyfoni	Nøkkelfaktorer i Åpen dialog	Reflekterende samtaler i nettverksmøtene Mindfulness	Troskapskriterier i Åpen dialog	Nettverksmøter
Øvelse	Øvelse	Øvelse	Øvelse	Øvelse	Forberedelse
Lytterposisjon – Refleksjon – indre og ytre ring	Refleksjon - lytterposisjon – refleksjon	Rollespill: Nettverksmøte med trent nettværksmøteleder Nettverksmøte med uerfarne nettværksmøteledere Time-out og veiledning i alternativer	Rollespill: Casebasert Time-out og veiledning i alternativer	Rollespill: Lede nettverksmøter Time-out og veiledning i alternativer	Hvordan praktisere Åpen dialog i nettverksmøter på egen enhet- Forberedelse til neste fase i prosjektet
Refleksjon i plenum	Refleksjon i plenum	Refleksjon i plenum	Refleksjon i plenum	Refleksjon i plenum	Refleksjon i plenum
Refleksjon om erfaringene fra øvelsene refleksjon – indre og ytre ring	Hva er refleksjon	Om nøkkelfaktorer i grupper Om nøkkelfaktorer i plenum	Om refleksjon – knytte teori til diskusjonen	Nettverksmøter- hvilke utfordringer kan man møte Transparente i møtene – hva betyr det. Teoretiske innspill kobles til erfaringene	Hvilke utfordringer kan man møte som nettværksmøteleder Teori knyttes til erfaringer
Avslutning	Avslutning	Avslutning	Avslutning	Avslutning	Avslutning
Plenumsrunde om hvordan dagen har vært Spørreskemaer	Plenumsrunde om hvordan dagen har vært Spørreskemaer	Plenumsrunde om hvordan dagen har vært Spørreskemaer	Plenumsrunde om hvordan dagen har vært Spørreskemaer	Plenumsrunde om hvordan dagen har vært Spørreskemaer	Plenumsrunde om hvordan dagen har vært Spørreskemaer

3.2.2 Fase 2 – Utvikling av Åpen dialog i nettverksmøter

Utvikling av Åpen dialog i deltakende enheter var fase 2 i forskningsprosjektet. Målet var å undersøke erfaringer med utviklingen av Åpen dialog i nettverksmøter i deltakende enheter. Denne fasen varte i 1½ år. I denne perioden skulle deltakende klinikere praktisere som nettverksmøteledere i egne enheter. I samme periode fikk de veiledning og støtte fra prosjektet. Veiledningen ble gjennomført en gang i måneden ved hver enhet. Veiledningen var obligatorisk og hadde en varighet på 1½ time. Totalt ble det planlagt for 16 veiledninger ved hver enhet i perioden. Veilederne ble rekruttert av prosjektgruppen og var klinikere med formell kompetanse innen veiledning og Åpen dialog. Støtte fra prosjektet ble gitt via det lokale medlemmet av prosjektgruppen som hadde ansvar for gjennomføringen av forskningsprosjektet på egen enhet. Støtten innebar oppklaringer, tydeliggjøringer, påminnelser til deltakerne underveis i prosjektet, samt å sørge for organisering av veiledning. Prosjektmedlemmet hadde også ansvar for at spørreskjemaer var tilgjengelig for klinikerne, og at innsamling av disse ble håndtert i henholdt til god forskningspraksis.

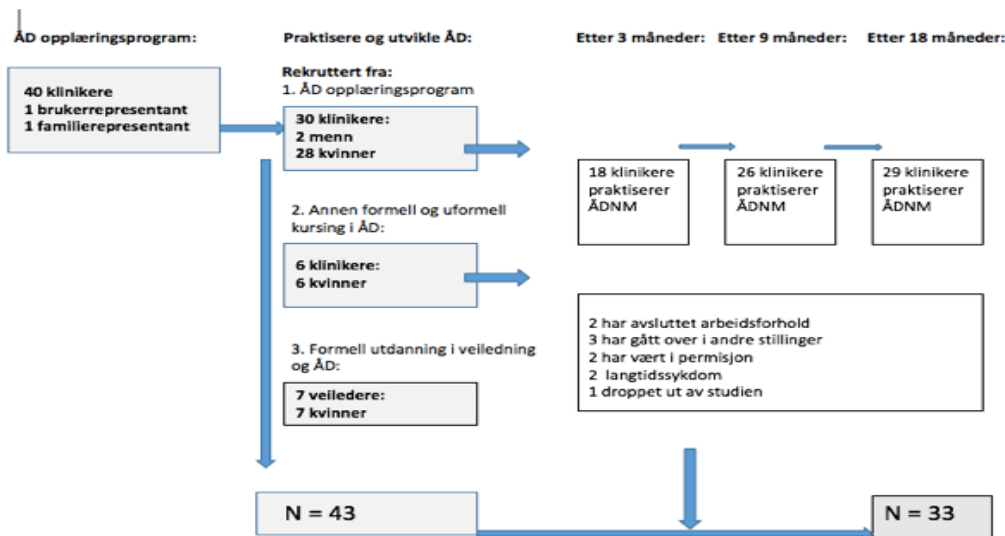
3.3 Deltakere

3.3.1 Deltakere fase 1 - Opplæringsprogrammet

Fagpersoner fra de seks deltakende enhetene ble invitert til å delta i fase 1 av studien. Til sammen 42 personer, derav 40 klinikere og to bruker- og pårørenderepresentanter, ble inkludert i studien.

3.3.2 Deltakere fase 2 – Utvikling av Åpen dialog i nettverksmøter

Etter gjennomføring av opplæringsprogrammet ble deltakende klinikere invitert til videre deltakelse i studien i den hensikt å undersøke om og hvordan Åpen dialog ble utviklet og praktisert i kliniskenes egne enheter. For å styrke antallet klinikere ble klinikere med annen kursing eller formell utdanning innen Åpen dialog invitert til deltakelse i studiens fase 2. I tillegg ble veilederne invitert og inkludert i studien. Totalt 43 klinikere og veiledere deltok. Figur 1 gir oversikt over antall rekrutterte klinikere/ veiledere.



Figur 1. Flyttdiagram over deltakende klinikere i studien.

Pasienter, det sosiale nettverket og andre fagpersoner som deltok i nettverksmøtene ble invitert til å delta i studien. De ble informert om studien av nettverksmøtelederne på slutten av nettverksmøtene de deltok på. Til sammen var det 353 personer som samtykket til deltagelse i studien.

3.4 Datainnsamling

Siden ingen har undersøkt utviklingen av Åpen dialog i et større omfang i vår kontekst, var det viktig for oss å undersøke denne utviklingen bredt gjennom et longitudinelt og eksplorativt design. Vi har derfor brukt både strukturerte spørreskjemaer, semistrukturerte spørreskjemaer og flerstegs fokusgruppeintervjuer for å samle data. Dette borger for å fremskaffe kunnskap fra en større bredde data enn en metode gir alene (Creswell & Creswell, 2018).

3.4.1 Fase 1 - Opplæringsprogrammet

Ved oppstart, ved hver samling og ved avslutning ble deltakerne bedt om å fylle ut spørreskjemaer designet for å evaluere opplæringsprogrammet:

Pre- og post- spørreskjema ble anvendt første og siste dag i opplæringsprogrammet.

Spørreskjema inneholdt sosiodemografiske spørsmål som kjønn, fødselsår, stillingsstittel, og utdanningsnivå. Videre inneholdt det avkrysningsbokser for deltakernes kliniske erfaring, kjennskap til Åpen dialog, synspunkter og erfaringer med Åpen dialog, og trygghet i arbeidet

med Åpen dialog. Spørreskjemaet er hentet fra et tidligere utviklingsprosjekt ved Universitetet i Sør-Øst Norge, Senter for psykisk helse og rus (Bank et al., 2018) og tilpasset dette prosjektet (se vedlegg 1).

Semistrukturerte spørreskjemaer ble anvendt på slutten av hver opplæringsdag. Deltakerne kunne krysse av for hvordan de, på en visuellanalog skala (0-10), vurderte gjennomføringen av opplæringsdagen med hensyn til egne forventninger, utbytte og vurdering av den enkelte kursdag. I tillegg inneholdt skjemaene en åpen kolonne for skriftlige tilbakemeldinger der den enkelte deltaker fritt kunne kommentere og skrive ned sine tanker om undervisningsdagen. Spørreskjemaet er hentet fra et tidligere utviklingsprosjekt ved Universitetet i Sør-Øst Norge, Senter for psykisk helse og rus (Bank et al., 2018) (se vedlegg 2).

Artikkel 1 omhandler data fra fase 1.

3.4.2 Fase 2 – Utvikling av Åpen dialog i nettverksmøter

Spørreskjemaer og flerstegs fokusgruppeintervju ble brukt for dataskaping i fase 2:

Spørreskjemaer for klinikere/ nettverksmøteledere

Etter hvert nettverksmøte fylte nettverksmøtelederne (klinikere) ut et selvevalueringskjema hvor de tok stilling til om hver av de tolv troskapskriteriene for Åpen dialog var tilstede i nettverksmøtet (dikotomt svaralternativ ja-nei). I tillegg inneholdt skjemaet avkryssingsrubrikker for møtelederens kurs, utdanning og tidligere erfaringer med Åpen dialog (deltatt på opplæringsprogrammet, deltatt på 10-dagers kurs i Åpen dialog, formell utdanning i Åpen dialog, erfaring med å lede nettverksmøter før opplæringsprogrammet, med dikotomt svaralternativ ja-nei) (vedlegg 3). For hvert nettverksmøte registrerte nettverksmøtelederne også hvem som tok initiativ til møtet (rubrikk for avkryssing av gruppene: pasient/bruker, familiemedlemmer, andre fagfolk/offentlig nettverk, venner/sosialt nettverk, andre/spesifiser), og om det ble avtalt et nytt møte (dikotomt svaralternativ ja-nei), (se vedlegg 4).

Spørreskjemaer nettverksmøtedeltakere

Alle nettverksmøtedeltakere som samtykket til studien, fikk etter hvert nettverksmøte utlevert skjemaet "Skala for vurdering av nettverksmøte". Skjemaet er basert på den norske versjonen av Skala for gruppevurdering (Ulvestad et al., 2007) utarbeidet av Duncan et al. (2003). I stedet for kolonner for utfylling av personalia inneholdt skjemaet kun 3 avkryssningsbokser med kategoriene pasient/bruker, sosialt nettverk/familie, og offentlig nettverk/fagperson. I

tillegg skulle deltakerne krysse av for hvordan de, på en visuellanalog skala (0-10), vurderte gjennomføringen av nettverksmøtet (se vedlegg 5). Utfylte skjema ble ikke gjenstand for samtale, men puttet direkte i konvolutter av deltakerne selv, limt igjen og lagt i samlekonvolutt som forskerne fikk etter møtet. Dermed var skjemaene utilgjengelig for alle andre enn forskerne.

Fokusgruppeintervjuer

Flerstegs fokusgruppeintervjuer ble brukt for å samle inn kvalitative data om klinikere og veilederes erfaringer med å lede nettverksmøter. Gjennom en periode på 18 måneder ble det gjennomført intervjuer etter 3, 9 og 18 måneder. Klinikere var delt inn i seks grupper (en for hver enhet som deltok). Veilederne var samlet i en gruppe. Tre intervjuer med hver gruppe resulterte i totalt 21 fokusgruppeintervjuer à 1½ timer. Alle intervjuene ble gjennomført ved klinikernes arbeidssteder. Doktorgradsstipendiaten (Jacobsen) og prosjektlederen (Karlsson) gjennomførte intervjuene i fellesskap. Vi startet første runde av intervjuene med vårt overordnede forskningsspørsmål: ”Hvordan erfarer dere utviklingen av Åpen dialog”. Vi brukte en utforskende intervjuform med en ikke-styrende stil og åpne spørsmål der strukturen i liten grad var planlagt på forhånd, for å gi deltakerne mulighet til å snakke om det de selv var opptatt av. Deretter fulgte vi opp deltakernes utsagn for å få mer informasjon og nye innfallsvinkler til emnet (Kvale & Brinkmann, 2015). Gjennom foreløpige sammendrag fra intervjuene gjorde vi oss kjent med datasettet. Dette bidro til at vi utviklet en enkel temaguide til intervjurunde 2 og 3 med tema vi ønsket å undersøke nærmere (se vedlegg 6). Alle intervjuene ble tatt opp digitalt. Et foreløpig sammendrag av transkripsjonene fra intervjuene ble presentert for deltakerne i oppstarten av påfølgende intervjurunde. Denne samtalen ga deltakerne muligheten til å korrigere og gi tilbakemeldinger, og var opptakten til det forestående intervjuet (Hummelvoll, 2010).

Artikkel 2 og artikkel 3 omhandler data fra fase 2.

3.5 Analyser

3.5.1 Fase 1 - Opplæringsprogrammet

Kvantitative data fra spørreskjemaene ble analysert ved bruk av IBM SPSS versjon 25. Vi brukte deskriptiv statistikk med frekvensanalyser og prosentandeler, gjennomsnitt og standardavvik, og brukte 0.05 som signifikansnivå i alle analysene. Data var ikke normalfordelt (Kolmogorov-Smirnov tests $p < 0.005$). Pre- og post opplæringsprogram ble

derfor sammenliknet ved bruk av related-samples Wilcoxon signed rank test (Field, 2013).

Kvalitative data fra de semistrukturerte spørreskjemaene ble analysert og systematisert ved bruk av tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006). Siden data var hentet fra spørreskjemaer var de overordnede temaene kategorisert på forhånd. Dette innebar en delvis deduktiv tilnærming til data. I den påfølgende analysen brukte jeg en induktiv tilnærming til data. Først ble hele datasettet lest for å bli kjent med innholdet. Så ble meningsbærende enheter kodet semantisk, det vil si å utforske mening på et deskriptivt nivå (Braun & Clarke, 2022). Deretter ble kodene gjennomgått og sortert for å etablere foreløpige undertemaer. De foreløpige undertemaene ble gjennomgått og diskutert med mer erfarne forskere. Gjennom denne prosessen ble undertemaene endelig definert og systematisert av undertegnede. Analyseprosessen ble dokumentert i et Word-dokument. Et utdrag av dokumentet følger i vedlegg 7.

3.5.2 Fase 2 – Utvikling av Åpen dialog i nettverksmøter

Kvalitative data fra fokusgruppeintervjuene ble analysert og systematisert ved bruk av refleksiv tematisk analyse (Braun & Clarke, 2022). Jeg brukte en induktiv tilnærming til data. Først ble hele datasettet lest for å bli kjent med innholdet. Så ble datasettet kodet semantisk, det vil si å utforske mening på et deskriptivt nivå (Braun & Clarke, 2022). Deretter ble kodene gjennomgått og sortert for å etablere foreløpige temaer. Dette innebar en kreativ prosess med bruk av Post-it lapper og fargekoder (Byrne, 2021). I denne prosessen ble enkelte tekstbiter forkastet da de fremsto som løse fragmenter uten meningsbærende innhold relatert til forskningsspørsmålene. Videre ble de foreløpige temaene gjennomgått og diskutert med mer erfarne forskere. Gjennom denne prosessen definerte jeg endelige tema og systematiserte med undertemaer. Et utdrag av analysene til artikkel 2 og 3 er vedlagt (vedlegg 8 og 9).

Forskningsspørsmålet ”Hva fremmer og hemmer utviklingen av Åpen dialog i nettverksmøter?” fra intervjuguiden var styrende for artikkel 2. Dette forskningsspørsmålet ble utviklet allerede i første intervjurunde da vi var nysgjerrig på utviklingsprosessene og hva klinikerne opplevde som hemmende og fremmende faktorer i disse prosessene. I artikkel 3 ble forskningsspørsmålet til gjennom en eksplorativ tilnærming til datasettet etter at intervjuene var gjennomført. Datasettet var i stor grad preget av at klinikerne brukte mye tid på å snakke om hvordan de opplevde å lede nettverksmøter. Forskningsspørsmålet: ”Hvordan erfarer nettverksmøteledere og deltakere å lede og delta i nettverksmøter” ble derfor utledet fra det som manifesterte seg i data.

Kvantitative data i artikkel 3 ble visuelt undersøkt for normalfordeling med histogrammer og viste klar skjevfordeling i ordinal- og skalabaserte data. Deskriptiv statistikk med andeler, variasjonsbredde, medianverdier og standardavvik ble derfor benyttet for analyse (Johannessen et al., 2015). Sammenhenger mellom tidligere erfaring med nettverksmøter og antall møter nettverksmøtelederne ledet, ble undersøkt med ikke-parametriske korrelasjonsanalyser (Kendall's tau-b). Alle analyser ble gjennomført i IBM SPSS Statistics 28.

3.6 Oversikt artikler

Påfølgende tabell gir en oversikt over artiklene.

Tabell 6. Oversikt artikler

	Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3
Mål	Undersøke erfaringer med et lokalt opplæringsprogram innen Åpen dialog	Undersøke erfaringer med hva som fremmer og hemmer utviklingen av Åpen dialog	Undersøke erfaringer med å lede og delta i nettverksmøter
Studiedesign	Longitudinelt og eksplorativt design	Longitudinelt, eksplorativt og deltakende design	Longitudinelt, eksplorativt og deltakende design
Metoder	Kvantitative og kvalitative metoder	Kvalitative metoder	Kvantitative og kvalitative metoder
Deltakere	Klinikere, bruker- og pårørende representanter N = 42	Klinikere og veiledere N = 43	Klinikere N = 43 / 36 Nettverksmøtedeltakere N = 353
Datainnsamling	Semistrukturerte spørreskjemaer	Flerstegs fokusgruppeintervjuer	Strukturerte spørreskjemaer Flerstegs fokusgruppeintervjuer
Analyser	Deskriptiv statistikk Tematisk Analyse	Tematisk Analyse	Deskriptiv statistikk Refleksiv Tematisk Analyse

3.7 Etske overveielser

Studien er fremlagt Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) som har konkludert med at studien ikke er fremleggingspliktig (2019_468A) (vedlegg 10). Studien er godkjent av personvernombudet ved Akershus universitetssykehus (2018_132 og 2019_30) (vedlegg 11, 12 og 13).

Før deltakelse til fase en og fase to av studien ble alle klinikere informert om studien. De signerte også informerte samtykker til deltakelse. Samtykkeskrivene inneholder en informasjonsdel som beskriver studien, hvilke implikasjoner deltakelse i studien medfører, at det er frivillig å delta i studien, og at deltakerne når som helst kan trekke seg fra studien (vedlegg 14 og 15).

Nettverksmøtedeltakere (fase to) ble informert om studien av nettverksmøtelederne i etterkant av første nettverksmøte de deltok på. Alle som ønsket å delta i studien signerte et

informert samtykke før de fylte ut spørreskjema. Samtykkeskrivet inneholder en informasjonsdel som beskriver studien, hvilke implikasjoner deltakelse i studien medfører, at det er frivillig å delta i studien, og at deltakerne når som helst kan trekke seg fra studien (vedlegg 15). Vi har samlet inn anonyme tilbakemeldinger fra deltakere som deltok i nettverksmøtene. Dette var med på å beskytte deltakere som deltok siden det ikke er mulig å spore det utfylte skjemaet tilbake til den enkelte deltaker. Det presiseres derfor i samtykkeskrivet at om vedkommende trekker seg fra studien vil ikke allerede innleverte spørreskjemaer være mulig å slette. Deltakerne fikk utlevert spørreskjemaet på slutten av nettverksmøtene slik at deltakerne ikke måtte bruke tid utover behandlingstid for å svare ut spørreskjemaet. Spørreskjemaet krevde ikke mye bruk av tid for å svare. Spørsmålene i spørreskjema handlet om erfaringer med en terapeutisk tilnærming og berører ikke sensitive opplysninger.

Gjennomføring av intervjuene ble gjennomført på klinikernes egne arbeidsplasser for å gi minst mulig belastninger i forhold til bruk av tid. Intervjuene ble avtalt i samarbeid med deltakende klinikere. Intervjuene ble tatt opp digitalt og transkribert. Når data var ferdig transkribert ble intervjuene slettet i henhold til personvernombudets anbefalinger. Transkripsjonene er lagret i sykehusets forskningsdatabase der kun forskere i prosjektet har hatt tilgang. Dette i henhold til personvernombudets anbefalinger. I tillegg er transkripsjonene anonymisert (tatt ut sted, tid og navn) slik at enkeltpersoner ikke er identifiserbare. Data vil bli slettet i sin helhet til fastsatt dato ved prosjektslutt, definert av personvernombudet ved Akershus universitetssykehus.

4.0 Studiens funn

I dette kapittelet presenteres de mest sentrale funnene fra de tre artiklene.

4.1 Artikkel 1

Open Dialogue Approach: Exploring and describing participants' experiences in an Open Dialogue training program

[Åpen dialog tilnærming: Undersøke og beskrive deltakeres erfaringer med et Åpen dialog opplæringsprogram]

Denne forskningsstudien omhandler fase 1 i prosjektet. Målet med studien var å undersøke hvordan deltakere erfarte det lokale opplæringsprogrammet i Åpen dialog. Studien hadde et longitudinelt og eksplorativt design, og gjorde bruk av kvantitative og kvalitative metoder. Til

sammen 40 klinikere og to bruker- og pårørenderepresentanter deltok i studien. Forskningsspørsmålene var som følger: 1. Hvordan erfarer deltakerne innholdet og strukturen i opplæringsprogrammet?, 2. Er det forskjell på deltakeres skår fra første til siste opplæringsdag?, 3. Hvordan beskriver deltakerne sine erfaringer med opplæringsprogrammet. Data ble samlet inn ved hjelp av semistrukturerte spørreskjemaer og inneholdt både kvantitative og kvalitative data. Deltakerne svarte ut et pre- og postskjema som inneholdt sosiodemografiske spørsmål som aldersgruppe, kjønn, profesjon, og utdanningsnivå. Deltakerne ble spurt om i hvilken grad arbeidsplassen tilrettela for deltakelse i opplæringsprogrammet, og i hvilken grad deltakerne mente deres deltakelse i opplæringsprogrammet ble oppfattet som nyttig av deres ledere, kollegaer og dem selv. Etter endt opplæringsdag ble deltakerne bedt om å evaluere opplæringsdagen ved hjelp av semistrukturerte spørreskjemaer der kategoriene kunnskap, refleksjon, ferdigheter og mestring var de operasjonaliserte parameterne. I tillegg inneholdt skjemaene åpne kommentarfelt der deltakerne hadde muligheten for å presisere eller kommentere. Deskriptiv statistikk ble anvendt for analyse av kvantitative data. Tematisk analyse ble anvendt for analyse av kvalitative data. Funnene viser at deltakernes læringsutbytte økte signifikant gjennom deltakelse i opplæringsprogrammet målt ved hjelp av parameterne kunnskap, refleksjon, ferdigheter og mestring. Selvtilliten til deltakerne vedrørende bruk av Åpen dialog med pasienter, sosialt nettverk og fagpersoner økte også signifikant. Refleksjon og rollespill ble beskrevet som essensielle læringsmetoder. Deltakerne beskrev at de opplevde å være i prosess og at de vurderte opplæringsprogrammet som pedagogisk, engasjerende og variert. Tre hovedtemaer ble ekstrahert fra data og diskutert: 1. Utvikling av et Åpen dialog opplæringsprogram, 2. Kompetanseutvikling ”fra novise til ekspert”, og 3. Deltakelse og forpliktelse. Artikkelen konkluderer med at selv om opplæringsprogrammet var vellykket og gjorde deltakerne i stand til å praktisere Åpen dialog i nettverksmøter var det fortsatt nødvendig med videre veiledning og læringsprosesser for å bevare og utvikle kompetanse innen Åpen dialog. Studien viste også at engasjement og tilretteleggelse fra ledere er helt avgjørende for at klinikerne skal kunne delta og forplikte seg til deltakelse i et opplæringsprogram som pågår over tid.

4.2 Artikkel 2

Clinicians` and supervisors` experiences with developing practices of Open Dialogue in network meetings (ODNM) in public mental health services

[Klinikere og veileders erfaringer med utvikling av praksisen Åpen dialog i nettverksmøter (ÅDNM) i offentlige psykiske helsetjenester]

Denne forskningsstudien omhandler fase 2 i prosjektet. Målet var å undersøke hva som fremmer og hemmer utviklingen av Åpen dialog i nettverksmøter i de enhetene som deltok. Studien var kvalitativ med et longitudinelt, eksplorativt og deltakende design. Til sammen deltok 37 klinikere og syv veiledere i studien. Flerstegs fokusgruppeintervjuer ble brukt for innsamling av data fra totalt 21 fokusgruppeintervjuer. I tråd med en eksplorativ tilnærming var åpningsspørsmålet i intervjuene som følger: Hvordan erfarer dere utviklingen av Åpen dialog på deres arbeidsplass? Gjennom foreløpige sammendrag av intervjuene ble et nytt forskningsspørsmål utledet. I neste intervjurunde ble åpningsspørsmålet gjentatt, for deretter å følge opp temaet om hva deltakerne erfarte som fremmere og hemmere av utviklingen av Åpen dialog på egen arbeidsplass. Tematisk analyse med en induktiv tilnærming ble anvendt for analyse. Vi genererte to hovedtemaer med undertemaer: 1. Samhold og ensomhet, med fem undertemaer; *1. Frigjørende og støttende, 2. Alene med ansvaret for utviklingen, 3. Veiledning forplikter, inspirerer og bidrar til kontinuitet, 4. Ildsjeler, og 5. Å delta i nettverksmøter fremmer utviklingen av Åpen dialog*, og 2. Utfordrende og utviklende, med fire undertemaer; *1. Arbeidsmengde og tidspress hindrer utvikling av Åpen dialog, 2. Nettverksmøter motiverer og utfordrer, 3. Utfordrende logistikk, og 4. Covid-19 utfordrer til nye måter å tilnærme seg pasienter og familier på*. Funnene viser at Åpen dialog i nettverksmøter utvikles i alle deltakende enheter, men at dette medførte ulike utfordringer og muligheter både på et personlig og et organisatorisk plan. Motstridende perspektiver, vanskeligheter med å opprettholde interessen for Åpen dialog, behovet for engasjerte og involverte ledere, institusjonell forberedthet, klinkernes erfaringer med en ny måte å samhandle på og endring i synet på behandling, er alle elementer som løftes frem i studien.

4.3 Artikkel 3

Åpen dialog i nettverksmøter – nettverksmøtelederens og deltakeres erfaringer med nettverksmøter

Denne forskningsstudien omhandler fase 2 i prosjektet. Målet var å fremskaffe kunnskap om hvordan klinikere erfarte å lede nettverksmøter og hvordan deltakere i nettverksmøtene erfarte å delta. Studien hadde et longitudinelt og eksplorativt design, og gjorde bruk av kvantitative og kvalitative metoder. Til sammen deltok 36 nettverksmøteledere og 353 deltakere fra nettverksmøter i studien. Standardiserte spørreskjemaer og flerstegs fokusgruppeintervjuer ble

brukt for innsamling av data. Ved bruk av et strukturert spørreskjema evaluerte nettverksmøtelederne sin egen innsats i nettverksmøtene gjennom tolv troskapskriterier. De registrerte også egen kursing, utdanning, og tidligere erfaring med Åpen dialog. I tillegg registrerte de hvem som tok initiativ til møtet, og om det ble avtalt et nytt møte. Deltakerne i nettverksmøtene fikk et strukturert spørreskjema utlevert på slutten av hvert nettverksmøte de deltok på. Skjemaet inneholdt fire visuellanaloge skalaer der deltakerne kunne skåre sine erfaringer med nettverksmøter ved hjelp av to motsatte påstander. Totalt 506 skjemaer ble innlevert av nettverksmøtedeltakerne. Kvantitative data ble analysert ved hjelp av deskriptiv statistikk. Kvalitative data ble analysert ved bruk av refleksiv tematisk analyse med en induktiv og semantisk tilnærming. Funnene viser at nettverksmøtedeltakerne skåret at de ble forstått, respektert og akseptert, fikk snakke om det som var viktig for dem, og at arbeidsformen passet for dem. Nettverksmøtelederne beskriver vellykkede nettverksmøter der de håndterer sine roller som nettverksmøteledere, og de mer utfordrende nettverksmøtene der de strever med å lede. Fire relaterte temaer ble generert i analysen. De to første temaene omhandlet nettverksmøteledernes utfordringer med å lede nettverksmøter: 1. Å ivareta alle deltakerne i nettverksmøtet er en stor utfordring, og 2. Reflekterende samtaler – den vanskeligste ferdigheten å tilegne seg. De to siste temaene omhandlet endringene nettverksmøtelederne erfarte gjennom Åpen dialog i nettverksmøter: 3. Når familiene kommer på banen endres alt, og 4. Å arbeide med Åpen dialog er en dannelsesreise. Studien viser hvordan det å møtes, samarbeide om behandlingen, og snakke om det som har betydning for den enkelte, bidrar til å skape et behandlingsrom som deltakerne synes å verdsette høyt. Samtidig viser studien at det å lede nettverksmøter kan være svært utfordrende og føre til at klinikerne vegrer seg for å lede nye møter. Økt kompetanse, forståelse for og erfaring med dialogiske prosesser blant nettverksmøteledere, er derfor nødvendig for å beherske den uvante møteformen som følger en dialogisk praksis.

5.0 Diskusjon

Det overordnede målet i prosjektet var å utvikle Åpen dialog i nettverksmøter i seks enheter innen de offentlige helsetjenestene, og utforske erfaringene med denne utviklingen. Gjennom tre artikler er funnene fra denne utviklingen presentert. Hovedfunnene fra disse delstudiene representerer den overordnede sammenhengen i doktoravhandlingen og er organisert i følgende fire relaterte temaer: 1. Klinikernes lærings- og utviklingsprosesser, 2.

Samarbeidende dialoger, 3. Organisatorisk forberedthet, og 4. Fra monologer til dialoger (menneskesyn i endring?). Se figur 2:



Figur 2. Oversikt over avhandlingens sammenhenger presentert i fire hovedtemaer.

Disse fire relaterte temaene diskuteres i det følgende. Deretter diskuteres studiens styrker og begrensninger. Til slutt oppsummeres studien.

5.1 Klinikernes lærings- og utviklingsprosesser

Vi anvendte Patricia Benner teori "fra novise til ekspert" i fortolkningen av våre funn fra opplæringsprogrammet. Gjennom Benners teori valgte vi å belyse klinikernes erfaringer med opplæringsprogrammet sett i lys av læring og læringsprosesser. Ved bruk av Benners trinnvise modell for utvikling av klinisk kompetanse konkluderte vi med at ingen av deltakerne i opplæringsprogrammet var å betegne som noviser. Benners novise er sykepleierstudenten som ennå ikke har gjennomført sin utdanning. Gjennom utdanningsforløpets mange treningsarenaer opparbeider studenten sin erfaringskompetanse.

Som nyutdannet er sykepleieren blitt en avansert nybegynner (Benner et al., 2009). Videre tilegnelse av praktiske ferdigheter skjer etter et bestemt mønster, der sluttproduktet er ekspertten som har tilegnet seg bestemte adferdsformer, vaner og måter å oppføre seg på i sin kliniske praksis (Hougaard, 1997). Deltakerne i vår studie hadde mange års erfaring fra klinisk praksis. Etter Benners klassifisering kunne deltakerne beskrives med termene kompetente, kyndige og eksperter innen klinisk psykisk helsearbeid (Benner et al., 2009). Deltakerne i opplæringsprogrammet hadde i hovedsak mange års klinisk praksis, og kunne overføre sin kunnskap til nye områder ved hjelp av sin erfaringskunnskap. De som har utviklet en avstemt, responsbasert praksis lærer å gjenkjenne situasjoner i form av tidligere konkrete erfaringer (Benner et al., 2009). Denne tidligere ervervede erfaringskunnskapen kunne dermed lettere overføres til innlæring av en ny terapeutisk tilnærming.

Artikkel 1 viser at klinikerens kompetanse i Åpen dialog økte signifikant, vist ved pre- og post målinger. Vi konkluderte med at opplæringsprogrammet i så måte var suksessfullt og gjorde klinikere i stand til å praktisere Åpen dialog i nettverksmøter. I artikkelen poengterer vi likevel at opplæringsprogrammet var å anse som en start på en læringsprosess der man var avhengig av videre læring og veiledning for å øke sin kompetanse innen Åpen dialog. Dette samstemmer med Benner et al. (2009) som legger vekt på sammensmeltingen av teori og praksis som en del av læringsprosessene. Det er først når klinikerens teoretiske og praktiske kunnskap er flettet sammen til et hele at man kan betegnes som ekspert. Artikkel 1 viser at opplæringsprogrammet var vellykket. Samtidig viser både artikkel 2 og 3 at mange nettverksmøtelederne opplevde egen utilstrekkelighet i nettverksmøtene der de strevde med å lede møtene. Når møtene ble opplevd krevende var det også flere nettverksmøteledere som vegret seg for å lede nye møter. Artikkel 3 viser at mange nettverksmøteledere opplevde det utfordrende å ivareta alle deltakerne i nettverksmøtet og å håndtere uro og sterke emosjoner. I lys av dette tyder studien på at opplæringsprogrammet ikke var tilstrekkelig til å forberede klinikerne godt nok til å lede nettverksmøter. På bakgrunn av våre funn har vi foreslått at mer øvelse i å håndtere uro og sterke emosjoner, ivareta alle deltakerne i nettverksmøtet, samt håndtere egen avmakt og frustrasjoner bør inngå i et fremtidig opplæringsprogram.

Sammenliknet med mange andre opplæringsprogram innen Åpen dialog var vårt opplæringsprogram kort og krevende. Når tiden man har til rådighet er begrenset vil det selvfølgelig prege hvor mye man kan fokusere på de enkelte emnene innen Åpen dialog. Prosjektet inkluderte derfor veiledning som en del av opplæringen der klinikerne hadde muligheter for videre trening og fordypning. Veiledning som en del av opplæring innen Åpen dialog er også kjent fra andre opplæringsprogram (Putman, 2022, s. 107; Runciman, 2022, s.

122). I vår studie ble klinikerne veiledet av mer erfarne nettverksmøteledere enn dem selv. Mesterlære, introdusert av Nielsen & Kvale (1999), handler om å lære gjennom utøvelse og øvelse. Sosial læring, der man blir innviet i den kunnskapstradisjonen man skal arbeide innenfor, er et viktig element innen mesterlære. Teori om mesterlære er på lik linje med læringsprosessene i Benners "fra novise til ekspert" tuftet på Dreyfus & Dreyfus modell for ferdighetstilegnelse, og viser til at læring skjer i situasjoner hvor det lærte skal benyttes (Nielsen & Kvale, 1999). Våre funn bekrefter dette. Artikkel 2 fokuserte på klinkernes erfaringer med utviklingen av Åpen dialog i egne enheter etter gjennomføring av opplæringsprogrammet. Der løftes veiledning og det å lede nettverksmøter med mer erfarne klinikere som viktige elementer for å fremme utviklingen av Åpen dialog. Dette på linje med Pocobello et al (2023) som finner at veiledning er en viktig komponent i utviklingen av dialogiske praksiser, og i mange tilfeller helt avgjørende på grunn av mange klinikers begrensede øvelse i å praktisere Åpen dialog. Våre funn viser at det sosiale fellesskapet mellom klinikerne som deltok i studien, bidro til videre læring og var en buffer og en fremmede faktor i utviklingen. Dette stemmer overens med grunnlaget i Benners teori, som viser til at praktiske ferdigheter utvikles kollektivt og i et kulturelt fellesskap (Hougaard, 1997). Nielsen & Kvale (1999) viser til at læring ikke bare kan skje gjennom teoretisering og undervisning i faget. En viktig del av læringen skjer gjennom praksis og det læringsfellesskapet man er en del av. Vår studie viser at klinikerne opplevde både støtte og utvikling gjennom delte erfaringer. Det kulturelle fellesskapet veiledningen og samarbeidet med de andre klinikerne utgjorde, bidro til videreutvikling av ferdigheter innen Åpen dialog. Utvikling mot ekspertrollen er avhengig av at andre eksperter veileder og viser vei gjennom konkrete situasjoner (Benner et al., 2009). I vår studie foregikk dette rollemodell-fellesskapet gjennom å lede nettverksmøter sammen med klinikere mer erfarne enn dem selv (Lauvås & Handal, 2014; Skagen, 2013). "Learning by doing" er et uttrykk som tituleres Dewey (Brinkmann, 2006). Både Patricia Benners teori "Fra novise til ekspert" og John Deweys læringsteori, beskriver pedagogiske læringsprosesser. Deweys teori er likevel langt mer omfattende og inkluderer ikke bare læringsprosesser innen formell utdanning, men også læringsprosesser i livet selv (Brinkmann, 2006). Et sentralt element i Deweys teori var begrepet videregivelsesprosesser. I det ligger en forståelse av at læring er en dannelsesreise der man gjennom det sosiale liv interagerer med andre mennesker i en videregivelsesprosess som bidrar til læring og erkjennelse. Denne sosiale læringen betegnes av Dewey (2005) som den brede pedagogiske prosess. Brinkmann (2006) poengterer at læring er livslang, og at det å være levende og det å lære gjennom erfaring henger uløselig sammen (s. 177). Dewey (2005)

skiller mellom den brede pedagogiske prosessen som skjer i ethvert samfunn, og den formelle utdanning man erverver gjennom skolegang. (Ut)dannelsen den uformelle brede pedagogiske prosessen gir, består primært av videregivelse gjennom kommunikasjon. Kommunikasjon, forstått som en prosess der man deler erfaringer til det blir én felles besittelse. Denne formen for kommunikasjon påvirker alle parter, både den uerfarne og den erfarne, og er en del av livets videregivelsesprosesser.

”Samfunnet eksisterer gjennom en videregivelsesprosess. Denne videregivelse finner sted vet at de eldre kommuniserer videre til de yngre, hvordan vi gjør, tenker og føler. Uten denne kommunikasjon av idealer, håp, forventninger, normer og meninger fra de medlemmer av samfunnet som forlater livet, til de som trer inn i det, kunne ikke det sosiale livet overleve” (Dewey, 2005, s. 25).

Oversatt til vår studie og kontekst, foregikk disse videregivelsesprosessene mellom uerfarne og mer erfarne klinikere i veiledning og gjennom å lede nettverksmøter sammen. Dewey (2005) var opptatt av at den formelle utdannelsen ikke skulle bli helt adskilt fra den uformelle utdannelsen i livet for øvrig. Han mente den formelle pedagogiske prosessen i skolene var mer ”teknisk” og sto i fare for å bli isolert fra det vanlige og sosiale livet. ”Når den formelle undervisning og utdanning vokser i omfang, er der fare for at skape et uønsket skel mellom den erfaring, der tilegnes i mere uformelle sammenhænge, og den der tilegnes i skolen” (Dewey, 2005, s. 31). En slik endring vil bety at tilegnelsen av kunnskap ikke lengre påvirker dannelsen av en sosial disposisjon, og dermed mister den alminnelige levende erfaring sin betydning. Det vil i sin tur kun skape ”skarpe hoder”, eller egoistiske spesialister. Å overkomme denne dualiteten handler om å alltid sørge for å koble kunnskap med det sosiale livet slik at det blir integrert i et hele (Dewey, 2005). Sett i lys av vår studie, så var opplæringsprogrammet en nødvendighet for å lære klinikerne grunnleggende teori og ferdigheter innen Åpen dialog. Dette er likevel ikke nok. Utdanning har en viktig sosial funksjon, i følge Dewey (2005). Utviklingen av menneskers holdninger og disposisjoner er nødvendige for samfunnslivets kontinuitet og fremskritt. Denne dypere pedagogiske dannelsen kommer helt ubevisst i stand ved gradvis å ta del i de ulike aktiviteter som tilhører samfunnet. Gjennom å bli fortrolig med samfunnets metoder og innhold, tilegner man seg de nødvendige ferdighetene, og gjennomtrenges av dets følelsesmessige ånd. Dette er en parallell til vår studie. Våre funn viser at lærings- og utviklingsprosessene fortsatte gjennom hele prosjektperioden. Ved å lede nettverksmøter sammen, gå i veiledning, og arbeide sammen med erfarne nettverksmøteledere fikk klinikerne erfaringer som var med på å videreutvikle

deres kompetanse og dannelse. Denne dannelsen kan ikke læres gjennom et opplæringsprogram. Den er ikke mulig uten å være tilstede og delta i ekte møter med familier som erfarer psykiske utfordringer. Sett i lys av dette var ikke opplæringen i Åpen dialog begrenset til et kort opplæringsprogram. Klinikerne fikk et nødvendig teoretisk grunnlag, for deretter via praktiske læringsprosesser å erverve ferdigheter med å lede Åpen dialog i nettverksmøter.

Artikkel 2 og artikkel 3 beskriver klinikernes faglige- og personlige utvikling. Flere klinikere beskrev at de opplevde en endring i måten å være på, ikke bare som fagpersoner, men også som personer. Da har man, slik Dewey (2005) beskrev, lykkes med å koble læringsprosessene med dannelsen av en ny sosial disposisjon. Denne sosiale disposisjonen endrer måten nettverksmøtelederne oppfatter seg selv på, og hvordan de gjennom denne endringen også endrer sin måte å delta i verden på. I vår sammenheng, hvordan de endrer sin tilnærming i møte med pasienter, deres sosiale nettverk og kollegaer om behandling. Disse lærings- og utviklingsprosessene kan sees i sammenheng med perspektivene i Åpen dialog. I følge Seikkula & Arnkil (2013) fødes alle mennesker inn i dialogiske relasjoner. Det er en væremåte som vi lærer idet vi blir født. Vi lærer først å puste ved å inhalere og ekshalere, og blir straks aktive deltakere i dialogiske relasjoner der vi responderer på ytringer fra dem som omgir oss. Vi er heller ikke passive mottakere, men initierer aktivt andres respons på våre ytringer. Det er denne grunnleggende ressursen i tilværelsen alle velfungerende metoder i relasjonelt arbeid kan takke sine resultater for (Seikkula & Arnkil, 2013, s. 109). Denne medfødte dialogisiteten kan gå tapt underveis i livet av ulike grunner. Som fagpersoner innen psykisk helsearbeid blir man opplært i mange ulike metoder og tilnærminger. I denne prosessen, der metodene ofte får forrang, kan det relasjonelle og dialogiske tapes av syne. Metodene kan lett ta over og manualene blir guider til vår utøvelse av faget. Som uerfaren kliniker er utøvelsen av faget noe som ofte medfører usikkerhet. Alt er nytt og den teoretiske ballasten man har ervervet skal inngå i det praktiske yrkesliv. Metoder og manualer blir ofte gode hjelpemidler i denne fasen (Tveiten & Røkholt, 2023). Man stoler mindre på seg selv, og sin medfødte dialogisitet. Den enkle og umiddelbare responsiviteten vi er født med ”avlæres” dermed gjennom den faglige utviklingen. Ved hjelp av videregivelsesprosesser der man i et faglig og menneskelig felleskap utdannes og dannes, vil man igjen kunne finne tilbake til sin opprinnelige dialogisitet.

Oppsummert kan læringsprosessene som beskrives i Benners teori ”fra novise til ekspert” anvendes til å belyse klinikernes faglige læringsprosesser i studien. Videre kan Deweys teori, ”Learning by doing”, bekrefte Benners teori, samt anvendes som en overordnet modell for å

belyse de personlige utviklingsprosessene klinikerne beskriver. Slik kan man se for seg to faser i denne studiens lærings- og utviklingsprosesser. Først, en grunnleggende oppbygging av faglig integrert kunnskap i Åpen dialog der klinikerne har blitt såkalte fagekspertter. Deretter, utviklings- og endringsprosesser i personen selv. Man går fra en vitende posisjon til en ikke-vitende posisjon, og fra utdanning til dannelse.

5.2 Samarbeidende dialoger

Våre funn presentert i artikkel 3 viser at pasienter og deres sosiale nettverk som deltok på nettverksmøter opplevde å bli forstått, respektert og fikk snakke om det som var viktig for dem. Vi brukte teori om samarbeidende terapier som ramme for våre fortolkninger av funn. Samarbeidende terapier likestiller terapeut og klient, anerkjenner begges erfaring og kunnskap, og gir implikasjoner for hvordan man snakker i terapitimer (McLeod & Sundet, 2022). Samarbeid og medvirkning i egen behandling er rettigheter nedskrevet i lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3). Menneskerettsloven (1999) påpeker den enkeltes frihet til å være aktør i eget liv. Samarbeidende- og dialogbaserte terapier er en måte å ivareta både brukerrettighetene og menneskerettighetene på (Husum & Hjort, 2009). Samarbeid og inkludering av pasientene og deres sosiale nettverk i behandling er en grunnleggende premiss i Åpen dialog (Seikkula, 2012). Derfor inviterte vi med nettverksmøtedeltakere i studien slik at de fikk anledning til å gi tilbakemeldinger på sine erfaringer med deltakelse i nettverksmøtene. Vår konklusjon i artikkel 3 er at samarbeidende dialoger, representert ved Åpen dialog, bidrar til å skape et behandlingsrom som nettverksmøteledere og nettverksmøtedeltakere synes å verdsette høyt.

Grunnsteinen i en hjelperelasjon er samarbeid (Karlsson & Borg, 2013, s. 37). Som hjelper blir oppgaven i dette samarbeidet å legge forholdene til rette slik at personens egne iboende ressurser kan komme i bruk (Andersen, 2021, s. 26). I nettverksmøtene utvider man dette begrepet til at pasientens ressurser også innebærer pasientens sosiale nettverk. Alle menneskers viktigste ressurs er relasjonene de har i hverdagen. Gjennom den åpne dialogen kommer pasientens hverdag i sentrum og sørger for at den blir der, istedenfor at fagpersonene betrakter pasienten med utgangspunkt i egne profesjonelle virkemidler (Seikkula & Arnkil, 2013, s. 152). Flere forskningsartikler viser til pasienter og pårørendes positive respons på deltakelse i nettverksmøter (Sørgård & Karlsson, 2017; Jacobsen et al., 2018; Kinane et al., 2022; Gidugu et al., 2021; Sunthararajah et al., 2022). Faktorer som likeverd, medvirkning, og det å bli sett og hørt er beskrevne positive erfaringer fra disse studiene. Seikkula & Arnkil (2013) poengterer at vi må akseptere andres stemmer uten forbehold og respektere deres

unike annerledeshet. Ingen skal frarøves sitt perspektiv. Behandlere og møteledere må ha full respekt for både problemstillingene som tas opp, og måten andre ordlegger seg på. Det er dette som skaper dialog. Ekeland (2021) påpeker at det hører det med til den dialogiske anstrengelse å anerkjenne den andres opplevelse. På den måten kan det skapes et felles språk og korreksjon av det meningstap som kriser fører med seg (s. 69). I slike anerkjennende og samarbeidende dialoger skapes det rom for å dele vanskelige følelser og traumer. Ved å støtte deltakerne og oppmuntre til fritt å uttrykke følelser, vokser det frem et fellesskap der deltakerne sammen finner løsninger for utfordringene som har oppstått (Seikkula & Trimble, 2005). Det er dette som kalles dialogens helbredende faktorer (Seikkula & Arnkil, 2007). I følge Ekeland (2021) er dette gammel kunnskap: ”At menneskelig lidelse lar seg lindre og lege i samvær med et medlidende medmenneske, er en svært gammel erfaring og innsikt, og gjennom århundrer, før medisinen ble vitenskapelig, var den lenge den viktigste og eneste virksomme medisinen” (Ekeland, 2021, s. 67). For å kunne møte pasienter og deres nettverk slik de har behov for, må man som terapeut stole på familiens egne ressurser, og ikke forsøke å endre familiene utenfra. Råd og tolkninger kan lett oppleves fremmed og forstyrrende for de det gjelder (Andersen, 2005). Ved heller å legge til rette for samarbeidende dialoger der familien ansees som likeverdige partnere i en felles prosess slipper familiens egne helbredende ressurser til (Seikkula 2012).

McLeod & Sundet (2020) peker på betydningen av å bruke familiers hverdagspråk og kulturelle aspekter i samtalene. De poengterer verdien av å engasjere klientene i en samarbeidende prosess med fokus på relevante aspekter ved deres hverdagsliv. Når fagpersonene i møtet uttrykker seg på en måte som pasienten og det sosiale nettverket føler seg hjemme i, blir det enklere for dem å konkretisere følelser knyttet til hendelsene som drøftes (Seikkula & Arnkil 2013, s. 123). Å fortsette samtalen tett forbundet med det deltakerne nettopp har uttalt bidrar dermed til å holde fokus på det deltakerne selv ønsker å snakke om (Andersen, 2005). Denne formen for respons kan være en av grunnene til at deltakerne i vår studie vurderer nettverksmøtene høyt. De bekreftet gjennom sine skår at de følte seg forstått, respektert, og fikk snakket om det som var viktig for dem. De bekreftet også at nettverksmøtene var en samarbeidsform som passet for dem.

Våre funn viser at flere nettverksmøteledere opplevde å streve med å ivareta eller gi plass til alle deltakerne i nettverksmøtet. Om man skal klare å mobilisere de psykososiale ressursene hos alle deltakerne, må alle ha rett til å uttrykke sin stemme på *sin* måte. Ikke nødvendigvis verbalt, men også gjennom kroppsliggjorte uttrykksmåter (Seikkula & Arnkil, 2013). Polyfoni, forstått som indre og ytre stemmer som påvirker og inngår i samtalen

mellom deltakerne, er en del av den dialogiske prosessen. Sagt på en annen måte så påvirker indre tanker og tidligere erfaringer den ytre dialogen mellom deltakerne. Det indre aktiveres når vi snakker om temaer som henger sammen med disse erfaringene og kan vise seg gjennom kroppsspråk som for eksempel sittestilling eller tårer. Utallige kroppsliggjorte emosjoner inngår i den felles dialogen (Seikkula & Arnkil, 2013). Ved nettopp å gi plass til de kroppsliggjorte stemmene ville flere stemmer bidra inn i dialogen, og ikke bare forbli ubesvarte uttrykk. Når flere deltar har samtaler muligheter for nye vinklinger til temaet man samtaler om (Seikkula & Arnkil, 2013). Lidbom et al. (2015) fant i sin studie at deltakernes indre dialog var essensiell i utviklingen av meningsfulle øyeblikk i den terapeutiske samtalen. De fant også at samspillet mellom indre og ytre stemmer hadde betydning for å forstå de signifikante og meningsfulle øyeblikkene som oppsto i samtalen (Lidbom et al. 2014). Forståelse for det polyfone som eksisterer i dialogen kan derfor bidra til at nettverksmøtelederne blir oppmerksomme på det som skjer, og klarer å respondere ikke bare på de verbale uttrykkene, men også på de kroppslige uttrykkene. Gjennom en slik ivaretagelse av alle stemmene i møtet vil det kunne bidra ytterligere til å fremme et samarbeid der alle bidrar med sitt unike perspektiv. At noen av nettverksmøtelederne kanskje har klart å skape dette rommet kan være en av grunnene til at så mange deltakere skårer høyt på at de følte seg forstått, respektert og akseptert av gruppen og fikk snakke om det som var viktig for dem. Våre funn viser at noen nettverksmøter ble erfart nesten magiske av nettverksmøteledere. Magien lå i de positive endringene som skjedde i familiene under møtene. Ved å endre hvordan man selv tilnærmer seg familiene så endres alt, i følge Andersen (2005). Han beskriver hvordan han og kollegaer endret hvordan de selv møtte familiene. De sluttet å planlegge møtene og begynte heller å invitere familiene til samtaler der de alle samarbeidet om å finne løsninger. Nye ideer og forslag vokser motvillig om de blir påtvunget utenfra (fra behandlingssystemet). De ideer som utvikler seg best er de ideer som kommer fra familiene selv, i følge Andersen (2005). Sett i lys av dette så tyder våre funn på at familiene erfarte å være inkludert i et dialogisk samarbeid, og at dette samarbeidet bidro til deltakernes positive erfaringer med nettverksmøtene.

5.3 Organisatorisk forberedthet

I artikkel 1 og artikkel 2 viser våre funn at nettverksmøtelederne opplevde manglende engasjement og forpliktelse fra sine ledere. De opplevde å bli overlatt alene med ansvar for utviklingen av Åpen dialog i egne enheter. I fortolkningen av våre funn anvendte vi teorier om organisasjoners forberedthet i endring- og utviklingsprosesser for å belyse disse

opplevelsene. I artikkel 1 viser våre funn at deltakende klinikers tro på lederes interesse for utvikling av Åpen dialog sank i løpet av opplæringsprogrammets varighet. Dette på tross av at de fleste deltakerne var forespurt om å delta i programmet av sine ledere. Likeså var manglende tilrettelegging for deltakelse tydelig. Mange klinikere meldte samtidigskonflikt, der de på tross av forpliktende deltakelse ble bedt av sine ledere om å bidra i klinikk på de oppsatte opplæringsdagene. Dette tyder på manglende forståelse og engasjement fra de samme lederne. Klinikere opplevde at de ble oppmuntret av sine ledere til å delta i forskningsprosjektet uten at lederne involverte seg i betydelig grad i selve utviklingen av Åpen dialog. Implementeringsforskning viser at implementering av nye tilnærminger må være et felles mål for å lykkes. Både ledere og ansatte må ønske en slik endring eller utvikling (Eassom et al., 2014). Caldwell et al. (2008) peker på lederes engasjement og involvering som en av suksessfaktorene ved implementeringsarbeid. Ledere, i kraft av sin stilling, vil enten kunne motivere eller underminere organisasjonens muligheter for endring eller utvikling (Caldwell et al., 2008).

I vår studie ble Åpen dialog forsøkt utviklet i seks ulike enheter i både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dermed var det mange ledernivåer og forskjellige ledere som ble involvert. Styringsgruppen i prosjektet var divisjonsdirektøren og ledere på avdelingsnivå. De bestilte og godkjente forskningsprosjektet. Samtidig var disse ledere uten direkte personalansvar for klinikerne som deltok. De var ledere for mellomledere med personalansvar for deltakende klinikere. Dermed var det ikke lederne for de deltakende enhetene som sa ja til prosjektet. Det betyr at mellomledere måtte forplikte seg uten at de nødvendigvis hadde et personlig ønske om å delta. Mellomlederne har en viktig funksjon i endringsarbeid i følge Rydland (2018). Mellomleders oppgave i en endringsprosess er blant annet å oversette ledelsens bestilling til en forståelig og målrettet prosess. Det fordrer at mellomlederen har forstått oppgaven (Rydland, 2018). Flere klinikere påpekte at de opplevde at informasjonen om forskningsprosjektet forsvant bort mellom ledernivåene, og at nærmeste leder ikke hadde noen forståelse eller eierskap til utviklingen av Åpen dialog. Mellomleders spesifikke tilnærming som endringsagent er avgjørende for hvor vellykket en endringsprosess blir (Rydland, 2018). Uten forankring og engasjement hos mellomledere vil forsøk på endring og utvikling sannsynligvis ha marginale ressursmessige kår, siden det kan tyde på at mellomledere er skviset mellom barken og veden med forpliktelse om kvalitetsmessig drift fra dem de leder, og økonomisk rapportering til sine egne ledere (Nilsen et al., 2016).

Klinikere beskrev videre faktorer som tidsklemme, mange og ulike fokusområder, mangel på interesse, og flere omorganiseringer som også bidro til utfordringer med å

gjennomføre og ha fokus på utviklingen av Åpen dialog. Manglende kjennskap til forskningsprosjektet blant klinikernes kollegaer bidro også til at utviklingen var utfordrende. Organisatorisk forberedthet er en viktig premiss for å lykkes i endrings- og utviklingsarbeid (Caldwell et al., 2008). Intervensjoner rettet mot ledelse og organisatoriske infrastrukturer synes å ha en betydning for å lykkes med implementering (Sandvik et al., 2011). For å styrke organisatorisk forberedthet ønsket prosjektgruppen å involvere ledere og mellomledere gjennom jevnligte refleksjons- og veiledningsgrupper i prosjektperioden. Prosjektgruppens forslag ble nedstemt av styringsgruppen. Argumentet var at lederne ikke hadde tid til å prioritere en slik deltakelse. Oppsummert forskning viser at endringer og innovasjon mislykkes fordi organisasjonene ikke evner å gjennomføre implementeringen (Caldwell et al., 2008). Sett i lys av teorier om endringsprosesser og organisatorisk forberedthet er det mye som tyder på at deltakende enheter og ledelsesstrukturene ikke var godt nok forberedt til å lykkes med å forankre utviklingen av Åpen dialog i denne forskningsstudien.

5.4 Fra monologer til dialoger – menneskesyn i endring?

Våre funn viser at klinikerne i vår studie endrer synet på behandling gjennom å arbeide med Åpen dialog i nettverksmøter. Ved å endre sin tilnærming i møte med pasienter og pårørende, så erfarte de å bli deltakere i en felles prosess. Kjernen i relasjonell praksis er responsivitet. Det vil si å sørge for at de andre opplever at man lytter og responderer. Ved å innta en ny posisjon der samtalen ikke lengre er basert i fagpersonenes faglig funderte spørsmål eller tolkninger, skapes et rom for dialog (Seikkula & Arnkil, 2013, s. 110). I følge Skjervheim (1996) er et felles språk avgjørende for om vi lever i den samme virkeligheten. Forstår vi ikke hverandres språk, lever vi i hver vår verden uten annet enn overfladisk kontakt (Skjervheim, 1996, s. 71). Hvordan man møter andre i språket er derfor av stor betydning, i følge Skjervheim (1996). Forfatteren skiller mellom en treleddet og en toleddet relasjon. En treleddet relasjon oppstår når man sammen blir engasjert og opptatt av temaet/problemene den andre tar opp. Når man engasjerer seg og vender oppmerksomheten mot temaet/den andres problem har man en treleddet relasjon mellom den andre, en selv og saken man diskuterer. I en to-leddet relasjon lar man seg ikke engasjere i den andres tema eller problem, men inntar en utenfra posisjon der man konstaterer at den andre har et problem. Man lever dermed i hver sin verden (s. 72). En slik to-leddet relasjon bidrar til å objektivere den andre. Dette kan sammenliknes med det Seikkula & Arnkil (2007) refererer til som monologisme. I en monologisk samtale former taleren det han vil si i sin egen tankeverden, og bedømmer påfølgende replikker inne i seg. Et utsagn avviser andre utsagn, og det kan lett bli en

konkurransen om hvem som har rett. I følge Skjervheim (1996) oppfattes den andre dermed som fakta eller et kasus. Dette utenfra-blikket bidrar til å objektivere den andre. Og når vi objektiviserer den andre er det ikke like lett å ta det den andre sier alvorlig. Relatert til psykisk helsearbeid, så vil det si at man i møte med pasienter reduserer dem til objekt eller case. Denne tingliggjøringen er det Skjervheim kalte det instrumentalistiske mistaket (Bjørgen, 2022). Skjervheim (1996) problematiserer den objektiveringen av mennesket som psykologer og sosiologer foretar. ”Vi kjenner alle dette spesielle gjennomskodende, avkledende, psykologiske blikket. Like eins veit vi at det er lett å kjenna seg litt elendig til mote framfor dette blikket” (s. 75). Når folk lukker seg i møte med dette blikket, blir det tolket av de samme psykologene og sosiologene som en forsvarsholdning om sitt eget ego. Skjervheim mente at det heller er snakk om å forsvare seg mot denne objektiviseringen, fordi den oppleves som en form for angrep. Ved å objektivere den andre går man til angrep på den andres frihet, og skaffer seg herredømme over den andre. En slik situasjon gjør all virkelig kontakt umulig (Skjervheim, 1996, s. 75). Skjervheim mente ikke dette som et angrep på psykologien, men på psykologismen. Med psykologisme mente han tendensen til å absoluttere de psykologiske oppfatningene, og sette dem i sentrum ved håndtering av problemer. Dette er i følge Skjervheim (1996) en radikalt brudd med den platoniske tradisjonen i europeisk åndsliv. Sokrates objektiverte ikke sine medmennesker. Han håndterte dem ikke som kasus. Han diskuterte, og lot seg engasjere i deres problem. Om man derimot objektiviserer og behandler andre som kasus, så stiller man seg selv utenfor saken. Utenfor, forstått som ikke engasjert. Man gjør seg selv til en fremmed. Denne utbredte psykologiseringen er fremmedgjørende, ifølge Skirbekk (2022), og bidrar til at mennesker som blir utsatt for dette også ser på seg selv som kasus, og blir fremmed for seg selv. ”I denne objektiveringa ligg det i så måte ei underkjenning av menneskeverdet” (Skirbekk, 2022, s. 58). I følge Ekeland (2021) vil en slik objektivering øke faren for en mer inhuman praksis, og tar til ordet for å utvikle en kunnskapsplattform der førsteperspektivet innen psykisk helsevern er forankret subjektontologisk – ikke objektontologisk som i dag. Det er et maktovergrep å opphøye sin egen oppfatning som den eneste gyldige, og vår evne til å være deltakere undermineres av våre konklusjoner som tilskuere (Hvidsten, 2022, s. 44). Likeverdighet er et viktig prinsipp innen Åpen dialog (Seikkula & Arnkil, 2013). Likeverdig forstått som at hver og en, uavhengig arbeid, utdanning og posisjon, innehar sin særegne og likeverdige kompetanse (Fyrand, 2005). Skjervheim påpekte at det kanskje ikke er mulig med et helt symmetrisk forhold mellom såkalte eksperter og ikke-eksperter, men poengterer nettopp at, ved å gå inn i en tre-leddet relasjon som er basert på gjensidig respekt, vil vi unngå

instrumentalisering (Skjervheim, 1996). Å vedlikeholde den andre som subjekt (medmenneske), er derfor en viktig anstrengelse også for å beskytte oss selv mot våre egne inhumane tilbøyeligheter (Ekeland, 2021, s. 21). Det er her Åpen dialog viser til likeverd mellom deltakerne i nettverksmøtet. Alle deltakere er ikke like, men de innehar hver sin unike kompetanse. I dialogen blir man likeverdlig og går fra å være tilskuere til å bli deltakere i en felles prosess (Seikkula & Arnkil, 2013).

Gjennom å delta i opplæringsprogrammet og i utviklingen av Åpen dialog, erfarte klinikerne en endring i seg selv og hvordan de så på egen praksis. Denne endringen henger muligens sammen med en endring i deres grunnlagsforståelse av behandling. De går fra en objektontologisk grunnlagsforståelse til en subjektontologisk grunnlagsforståelse. I følge Ekeland (2021) er dialog- og relasjonsbaserte terapier basert i en subjektontologisk grunnlagsforståelse. ”Mens klassisk psykoanalyse lener seg mot kausal tenkning, vil nyere relasjonsorienterte teorier eller dialogbaserte terapier som nettverksterapi og åpne samtaler, ligge mot det intensjonale innen det subjektontologiske feltet” (Ekeland, 2021, s. 39). Flere klinikere beskrev at de aldri mer kunne gå tilbake til tidligere praksis fordi det dialogiske var blitt en del av dem selv. Liknende erfaringer blir beskrevet i litteraturen. Andersen (2021, s. 34) påpeker at de åpne og reflekterende prosessene følte bedre enn de prosessene som ble ledet og styrt av ekspertene. Bjørgen (2022) beskriver et moralsk ubehag i det man tingliggjør klientene. Hun peker på at man som helsepersonell står i fare for å ubevist tingliggjøre klienter når presset ovenfra blir for stort og systemlydigheten blir viktigere enn verdiene likeverd, respekt, anerkjennning og tillit som helse- og sosialfaglig arbeid er tuftet på. Et subjektontologisk førsteperspektiv vil minske risikoen for inhumanitet, i følge Ekeland (2021). Sett i lys av vår forskningsstudie tyder det på at klinikerne i mange tilfeller beveget seg i retning av en mer subjektontologisk orientering i møte med pasientene og deres familie og nettverk.

Vår studie viser også til de utfordrende nettverksmøtene der klinikerne strever med å lede nettverksmøtene. Noen funn tyder på en manglende dialogisk forståelse. Dette gjelder for eksempel når nettverksmøtelederne ønsker å avslutte nettverksmøtene fordi de synes møtene er vanskelige, føles nytteløse, eller at de ønsker å beskytte deltakerne (sannsynligvis påvirket av det etiske ikke-skade-prinsippet ved utøvelse av helsehjelp (Ursin, 2021)). Da er det noe fundamentalt de ikke reflekterer over. Beslutningen om å avslutte nettverksmøtene må tas sammen med de andre deltakerne (Seikkula & Trimble, 2005). Å avslutte nettverksmøtene fordi klinikerne selv ikke opplevde møtene som meningsfulle er et brudd med det dialogiske og det subjektontologiske perspektivet. Da tar man beslutninger på egen hånd, uten respekt for

andres meninger. Likeledes er det i strid med det etiske autonomi-prinsippet innen ytelse av helsehjelp, dvs. den enkeltes frihet til selv å velge (Ursin, 2021).

Når vi ikke gjenkjenner andre menneskers adferd og væremåter som meningsfulle, vil vi lettere ty til kausale og objektiverende forklaringer (Ekeland, 2021, s. 35). Dette skjer oftere i de vanskelige nettverksmøtene (Seikkula & Arnkil, 2007). ”Når det oppstår uro, er det lett å ty til ensidig kontroll, og dermed overser man at det finnes like mange perspektiver som det finnes betraktere” (Seikkula & Arnkil, 2013, s. 35). I en åpen dialog må man gjerne ta opp egen uro slik at man selv kan få hjelp til å dempe uroen. Når man ber om hjelp åpner man et mulighetsrom for nye perspektiver istedenfor å lukke dialogen (Seikkula & Arnkil, 2013). Våre funn viser at når de mindre erfarne klinikerne ledet nettverksmøter sammen med de mer erfarne nettverksmøtelederne var det lettere å tørre å stole på de dialogiske prosessene selv om nettverksmøtene var krevende. I følge Benner (2009) er en kyndig fagperson fortsatt avhengig av manualer og veiledning av andre mer erfarne, fordi erfaringene man har ervervet ikke strekker til. I lys av dette tyder det på at mange klinikere i vårt forskningsprosjekt fortsatt var kyndige fagpersoner og ikke eksperter innen Åpen dialog. Gjennom videregivelsesprosesser, vil den mer erfarne bidra til at den mindre kyndige videreutvikler egen kompetanse (Dewey, 2005). Våre funn viser stor variasjon i antall gjennomførte nettverksmøter. Halvparten av deltakende klinikere gjennomførte seks nettverksmøter eller færre i løpet av forskningsperioden. Det betyr at mange klinikerne fikk lite erfaring med å lede nettverksmøter. Vi fant også at det å lede flere nettverksmøter hang sammen med tidligere erfaring med Åpen dialog, noe mange i vår studie ikke hadde. Erfaring er en forutsetning for utvikling av ferdigheter (Dewey, 2005). En begrenset teoretisk forståelse og erfaring med Åpen dialog vil trolig prege klinikernes dialogiske grunnlagsforståelse. Våre funn tyder på at flere av klinikerne ikke ledet nettverksmøtene fra en subjektontologisk posisjon. Metodikken hadde forrang og de ble opptatt av hvordan de selv kunne gjøre en god jobb som nettverksmøteledere. Det hindret dem i å være tilstede i øyeblikket. Seikkula & Trimble (2005) poengterer viktigheten av å ikke planlegge spørsmålene. Det er gjennom å lytte og være tilstede i øyeblikkene at møtelederne kan stille spørsmål som er basert i deltakernes egne ytringer. I en dialogisk samtale formuleres utsagn som svar på tidligere utsagn, og er også avventende i forhold til kommende utsagn (Seikkula & Arnkil, 2007, s. 125). Når man er opptatt av egne prestasjoner så vil fokuset naturlig nok være på en selv og ikke på prosessene i nettverksmøtet. Da er faren stor for at en ikke evner å ta inn det deltakerne forsøker å formidle. Da er man i det Skjervheim (1996) forklarte som en to-leddet relasjon der det objektontologisk perspektivet blir rådende i samhandlingen med de andre

deltakerne. Dette ligner en av de pågående diskusjonene rundt grunnlagsforståelsen til Åpen dialog. Noen ønsker å manualisere tilnærmingen slik at man kan sammenligne og måle resultater og effekt. Denne standardiseringen kan lett bidra til en objektivisering av mennesker i behandling (objektontologisk grunnlagsforståelse). Andre mener at en slik standardisering strider mot grunnlagsforståelsen i den dialogiske tilnærmingen, der nettopp samarbeid, fleksibilitet og refleksivitet står sentralt i møte med familier (subjektontologiske grunnlagsforståelse). Våre funn viser også at mange av klinikerne som deltok i prosjektet møtte protester hos andre klinikere når de skulle introdusere nettverksmøter. Protester i form av at behandlere tok avgjørelsen om når pasientene var friske nok, ikke var egnet, eller for syke til å gjennomføre nettverksmøter. Slike uttalelser og holdninger tilhører et objektontologisk perspektiv, og står i kontrast til en dialogisk praksiskultur der det subjektontologiske perspektivet er rådende. Når det er sagt, så peker våre funn på at de som har mest erfaring med å lede nettverksmøter evner å ha et subjektontologisk perspektiv i møtene. Det tyder på at med mer erfaring utvikles også en ny/ endret grunnlagsforståelse. Dette hovedfunnet kan tyde på et paradigmeskifte i grunnlagsforståelsen av psykisk helsearbeid når man arbeider over tid med relasjonelle og dialogbaserte tilnærminger.

5.5 Metodologiske betydninger og begrensninger

Studiens longitudinelle design har gjort det mulig å følge en gruppe klinikere over tid og har bidratt til å gi dybde til data (Malterud, 2012). Studien har et eksplorativt design som er velegnet for utforskning av ukjent terreng (Kvale & Brinkmann, 2015). Et deltakende design har gitt deltakere mulighet for å delta i utformingen av opplæringsprogrammet. Det har også gitt deltakerne mulighet for å gi tilbakemeldinger, rette opp i misforståelser og å utdype tidligere temaer presentert i sammenfatninger fra forrige intervjuerunde.

Vi har brukt flerstegs fokusgruppeintervjuer som metode for dataskaping. Fokusgruppeintervjuer er velegnet som metode i studier av eksplorativ art da den gir mangfold og bredde til data (Malterud, 2012). Denne metodiske tilnærmingen kan gå på bekostning av dybde (Malterud, 2012). Enkelte emner kunne vært bedre forstått med dybdeintervjuer, siden man da ville hatt tid og fokus til å gå inn i et tema den enkelte tar opp. Med fokusgrupper kan en kommentar føre samtalen videre uten utdypning. Gruppespillet i fokusgruppeintervjuer gir moderator (intervjuer) mindre kontroll over intervjuforløpet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 180). Flerstegs fokusgruppeintervju gjør at data får høyere grad av dybde og abstraksjon ved at man snakker med samme gruppe mennesker gjentatte ganger om samme tema (Hummelvoll, 2008, 2010).

En eksplorativ studie preges av å utforske nytt terreng, og da er det vanskelig å utforme presise forskningsspørsmål på forhånd. De utvikles underveis (Johannessen et al., 2015). Dette har ført til at jeg i analyseprosessen ønsket at det var flere ting jeg skulle bedt om at deltakerne hadde utdypet nærmere. For eksempel kunne temaet om de vanskelige nettverksmøtene blitt mer utdypet om forskningsspørsmålene hadde vært mer presise. Intervjuing er et håndverk, og man lærer dette håndverket gjennom å intervju (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette forskningsprosjektet har således vært en (ut)dannelsesreise. Mange intervjuundersøkelser designes ikke en gang for alle forut for de faktiske intervjuene, ettersom forskerne får mer innsikt i temaet underveis, og som ofte fører til at prosjektet delvis omarbeides på bakgrunn av dette (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 334). En eksplorativ studie har sin styrke nettopp gjennom å identifisere interessante problemstillinger som man kan se nærmere på i fremtiden (Johannessen et al., 2015). Utfordringen var at det var først gjennom analyseprosessen enkelte temaer ble tydelig for meg. Det er mulig at jeg lettere kunne gått inn med mer spesifikke intervju spørsmål om forrige runde med intervju hadde vært ferdig analysert før neste intervjurunde. Analysefasen kan med fordel påbegynnes allerede under intervjuene, i følge Kvale & Brinkmann (2015). Dette gjelder også verifikasjonsfasen, der intervjupersonene kan forsøke å teste ut sine fortolkninger under selve samtalen med deltakerne. Vi utarbeidet foreløpige sammendrag av hvert intervju og presenterte det for deltakerne i neste intervju. presentasjonen av sammendragene ga deltakerne anledning til å kommenterer og rette på vår fortolkning. Dette brakte intervjuet videre og ga deltakerne muligheter for å utdype temaer de var opptatt av, eller ønsket å beskrive mer eller bedre. Flerstegs fokusgruppeintervju som metode bidrar derfor til å sikre en høyere intern validitet på studien (Hummelvoll, 2008).

Spørreskjemaene brukt for å samle data fra nettverksmøtelederne var begrensede og ga data kun om det vi hadde oppført av tema i skjemaene. Vi hadde valgt å legge svarene på gruppenivå, noe som forhindret oss i å koble data til hverandre og følge erfaringen til enkeltdeltakere eller serier av nettverksmøter over tid. Det har også forhindret oss i å knytte nettverksmøtelederens egevaluering av troskapskriterier til hvordan møtene ble opplevd av deltakerne. Noen av skjemaene er tilpasset spesielt for denne studien, og det er ikke uvanlig i samfunnsvitenskap (Johannessen et al. 2015). Likevel kan det være begrensninger ved slike ad-hoc-skjema som ikke er psykometrisk testet. Validitet, om gyldighet og om man får svar på de perspektiver man ønsker fra problemstillingen, er et kritisk punkt. Et annet punkt er reliabilitet, om pålitelighet ved bruk av skjemaet. Pilottesting er en måte å dekke opp om disse metodiske problemstillingene, men det viktigste er kanskje brukernes erfaringer og

tilbakemelding på skjemaet. Var det forståelige spørsmål, var verdiskalaen relevant og ble det gitt tilstrekkelig rom for å besvare deltakernes erfaringer med tekst? Ytterligere brukervedvirkning og fokusgruppeintervju med tilbakemelding til forskerne etter en pilottesting med åtte-ti deltakere, kunne kanskje bidratt til bedre kvalitet på spørreskjemaene (Polit & Beck, 2022).

Troskapskriteriene som brukes i denne studien hadde kun et dikotomt svaralternativ (ja og nei). Troskapskriteriene er senere blitt utviklet og har nå en gradert verdiskala for svaralternativer (Pilling et al., 2022). Dette gir en nyansering vi ikke hadde tilgang til da vårt prosjekt ble gjennomført. Troskapskriteriene er fortsatt under validering (Olson, 2022), og det er derfor en mulighet for at de ikke beskriver Åpen dialog som tilnærming godt nok. Pocobello et al. (2023) konkluderer med at videre utvikling av prinsippene relatert til ”teamets ansvar” og ”psykologisk kontinuitet” er nødvendig for å forbedre kriteriene.

Pre- og post spørreskjema ble adoptert fra et tidligere prosjekt, utarbeidet ved Senter for psykisk helse og rus ved Universitetet i Sørøst-Norge (Bank et al., 2018). Dette er skjemaer vi kunne brukt mer tid på å utvikle og tilpasse eget prosjekt. Blant annet var det ikke alt som kunne sammenliknes pre- og post, da spørsmålene ikke var likelydende. Her kunne hjelp fra en statistiker bidratt til forbedring av spørreskjemaene. Begrensningene i skjemaene gjorde at vi ikke kunne gjøre bruk av alle data.

Vi brukte semistrukturerte spørreskjemaer med åpne kolonner der deltakerne kunne skrive inn kommentarer og tilbakemeldinger. Ikke alle deltakere svarer ut åpne kolonner. Dette kan gi en mulig skjevfordeling i positiv retning der bare de inspirerte svarer (Johannessen et al, 2015).

Spørreskjema vi brukte overfor nettverksmøtedeltakerne var et modifisert skjema basert i et skjema designet for å måle allianse i terapi. Vi har brukt skjemaet for å måle erfaringer med nettverksmøtet. Det er mulig at det er deltakernes fornøydhetsnivå med møtene vi har fått svar på. Fornøydhetsmåling er et grovt mål alene og gir ikke så mye informasjon. Sånn sett kunne vi kanskje ha brukt et annet skjema som er designet og validert for å måle erfaringer mer presist. På grunn av tilmålte ressurser ved forskningsstudien var valget av spørreskjema pragmatisk. Andre relevante forskningsspørsmål som recovery og bedringsprosesser er derfor ikke inkludert i studien. Å bruke spørreskjemaer overfor nettverksmøtedeltakerne er ikke nok til å gi samme informasjon som intervjuer vil kunne gi. Vektingen av data er derfor ulik. Hovedfokuset har vært nettverksmøteledere. Samtidig har data fra spørreskjema gitt oss viktige og kompletterende data. Dette er faktiske tilbakemeldinger fra deltakerne som deltok i nettverksmøtene. Anonyme spørreskjemaer kan ha bidratt til ærlige skåringer.

Vi har samlet ulike data i studien. Det ga muligheter for å undersøke temaet bredt. Dette er en styrke. Samtidig ga det noen begrensninger. Ved å gi plass til ulike data i artiklene ble utfordringen å presentere data innen rammen av artikkelformatet. En konsentrert presentasjon av funn kan ha gått på bekostning av det mangfoldet og den variasjonen som viste seg i datamaterialet. Artikkelformatet kan i så måte ha vært begrensende for bruk av flere datainnsamlings metoder der presentasjon av både kvalitative og kvantitative data skal presenteres og gjøres rede for (Braun & Clarke, 2022).

Skjervheim (1996) var kritisk til den amerikanske pedagogikkens (representert ved John Dewey) inntog i norsk skolevesen. Den ukritiske adaptasjonen av eksperiment-modellen inn i norsk sammenheng, mente Skjervheim var et feilgrep. ”I eksperimentell pedagogikk handsamer ein andre nettopp som ting, og ikkje som personar” (1996, s. 247). Skjervheim tanker om subjektorientering og den amerikanske pedagogikken kan således tolkes som motsetninger. Overført til denne studiens sammenheng, der jeg har brukt begge teorier for å belyse våre funn, kan synes i konflikt med mitt ontologiske ståsted. Til dette vil jeg understreke at Deweys teori om videregivelsesprosesser kun har bidratt til å belyse læringsprosessene i vår studie, uten at jeg har omfavnet pragmatismen som ontologisk ståsted av den grunn. Skjervheims ideer om subjektorientering har bidratt til å belyse den begynnende endringen i deltakende klinikers syn på samhandling og behandling.

Forskningsprosjektet ble gjennomført i seks forskjellige enheter (naturalistisk studie) uten hensyn til homogenitet. En naturalistisk studie har som mål å beskrive virkelighetens praksis. Den legger vekt på ikke-konstruerte, ikke-eksperimentelle, ikke-standardiserte sammenhenger (Thornquist, 2018, s. 118). Naturalistiske/ pragmatiske studier løftes som satsningsområde i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021-2025 (Helse og omsorgsdepartementet, 2021). Vår studie svarer dermed opp denne satsningen.

Organiseringen av forskningsprosjektet var utfordrende. Prosjektets medlemmer besto av en representant fra hver av enhetene som deltok i prosjektet. Disse hadde ansvar for å støtte deltakere på egen enhet og legge til rette for gjennomføring av utviklings- og forskningsprosessene. I tillegg til at prosjektgruppemedlemmene møttes en gang pr måned i hele prosjektperioden for planlegging, veiledning og støtte, besøkte prosjektleder og stipendiat deltakende enheter i oppstart og midtveis av forskningsprosjektet for å møte ledere på respektive enheter. Utfordringen var at det i prosjektperioden var flere lederbytter der informasjonen om prosjektet ikke ble videreført. Oppsummert så er et prosjekt av en slik størrelsesorden, i en klinisk hverdag, med begrensende ressurser, en utfordring.

Vi har anvendt Refleksiv Tematisk Analyse (RTA) som metode for analyse av fokusgruppeintervjuene. RTA har bred anvendelse og er fleksibel med tanke på teori, forskningsspørsmål, datainnsamling, størrelse på data og analytisk orientering (Braun & Clarke, 2022, s. 261). Den er også egnet til å belyse ulikheter og likhet på tvers av hele datasettet. Samtidig gir RTA som metode utfordringer med å få frem kompleksiteten og motsetningene når det gjelder den enkelte deltaker når man analyserer store datasett slik vi har gjort (Braun & Clarke, 2022).

5.6 Troverdighet

Vurdering av troverdighet innen kvalitativ forskning handler om i hvilken grad forskeren har frembragt resultater som er gyldige, pålitelige og overførbare (Drageset & Ellingsen, 2010). I følge Tjora (2018) er kriteriene gyldighet, pålitelighet og generaliserbarhet [overførbarhet] gode kvalitetsmål for forskning generelt, og også for kvalitativ forskning. Gyldighet handler om en logisk sammenheng mellom det man undersøker og de metodene man har valgt. Pålitelighet handler om intern logikk eller sammenheng gjennom hele forskningsprosjektet. Generaliserbarhet er knyttet til forskningens relevans utover de enheter som har blitt undersøkt (Tjora, 2018, s. 79). I det følgende vil jeg gjøre rede for disse kriteriene relatert til min forskningsstudie.

5.6.1 Gyldighet

I all forskning bør man spørre om metoden(e) man har brukt representerer en relevant vei til kunnskap som kan belyse problemstillingen (Malterud, 2013). Gyldighet, eller validitet i samfunnsvitenskapene handler om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den søker å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2015). Forfatterne påpeker at validitet ikke bare handler om metodene som blir brukt, men også om forskeren som person der hans eller hennes integritet og klokskap er avgjørende for evalueringen av den vitenskapelige kunnskapen som blir produsert. De viser til at validering kan forstås ikke bare som en produktvalidering ved enden av en kunnskapsproduksjon, men også som en prosessvalidering der valideringsarbeidet fungerer som en kvalitetskontroll gjennom alle stadier av denne produksjonen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 277).

Creswell & Creswell (2018) anbefaler bruk av multiple validitetsprosedyrer for å forbedre forskerens muligheter for å vurdere nøyaktigheten så vel som å overbevise lesere om denne nøyaktigheten. Braun & Clarke (2022) fremhever fordypning, kreativitet, omtenkksomhet og innsikt i sine anbefalinger for å sikre kvalitative studier av høy kvalitet. Forfatterne har

introdusert "slow wheel of interpretation" som begrep i denne forbindelse. Hensikten er å gå bakom det opplagte og det overfladiske i data (Braun & Clarke, 2022, s. 268). Å bruke tid er derfor en viktig faktor. De beskriver seks strategier for å oppnå høy kvalitet innen kvalitativ forskning: *Å skrive refleksiv journal* der man redegjør for hvilken forhåndskunnskap og hvilke antakelser man har med seg som menneske og forsker, og hvordan dette kan påvirke forskningsstudien. Dette bidrar til transparens i forskningsprosessen. *Å snakke om data og analysen med andre*. Dette kan gi nye, multiple og verdifulle andre perspektiver. *Bruke tid på analysene for å utvikle dyp innsikt i tema*. Dette innebærer også å ta pauser fra analysearbeidet slik at prosessen får synke inn. *Arbeide sammen med en mer erfaren veileder, mentor eller forskerkollega* for å unngå premature analyser, utforske alternative måter å finne mening i datasettet på, og å teste ut egne analytiske ideer. *Sikre at tema er tema, og navne dem ordentlig*. Temaer skal være basert i felles mønstre av mening, samlet under et sentralt organiserende konsept. *La seg inspirere av gode publiserte forskningsartikler* innen Tematisk Analyse for å lære hvordan det kan gjøres. Dette er punkter jeg har forholdt meg til når det gjelder den kvalitative analysen.

Siden min forskningsstudie inneholder både kvalitative og kvantitative elementer så har jeg også forholdt meg til Creswell & Creswell (2018) sine åtte elementer for kvalitetssjekk av en forskningsstudie. I tråd med prosessvalideringen beskrevet av Kvale & Brinkmann (2015) er dette punkter jeg har forsøkt å gjøre rede for i den løpende teksten i avhandlingen, og som derfor bare kort oppsummeres her:

Triangulering. Vi har brukt både kvalitative og kvantitative data for kunnskapsproduksjon. Det gir ulike data som kan si mer om emnet vi har undersøkt, enn det en metode kan alene (Creswell & Creswell, 2018). Data er samlet over tid, noe som gir mulighet for å sjekke utviklingen ved å gjenta spørsmålene flere ganger.

Bruk av deltakersjekk. Vi hadde et deltakende design i studien. Først gjennom designet av studien der prosjektmedlemmene, som var ansatt i enhetene deltok. De kjente konteksten der undersøkelsene skulle foregå, og kunne bidra til å utarbeide en studie som tok hensyn til denne konteksten. Videre hadde vi bruker- og pårørenderepresentanter i prosjektgruppen. De bidro med andre perspektiver i utformingen enn det fagfolkene kunne. De kvantitative spørreskjemaene var semistrukturerte og ga dermed deltakerne muligheten for fritt å kommentere og bringe inn andre elementer og perspektiver. De kvalitative dataene ble innsamlet gjennom flerstegs fokusgruppeintervjuer. Her var intervjuformen tilbaketilrettelagt og lite strukturert for å gi mulighet for deltakerne til å snakke mest mulig fritt om tema. I tillegg hadde vi med foreløpige sammendrag fra forrige intervju slik at de hadde muligheten for å

korrigere og oppklare misforståelser. Dette ga også muligheter for deltakerne til å ta opp tråden fra forrige gang.

Bruk rike og tykke beskrivelser for å formidle funnene. Vi brukte 18 måneder på å samle inn data. Vi gjennomførte 21 fokusgruppeintervjuer som ga et stort datamateriale med rike beskrivelser av kontekst og erfaringer. Gjennom den tematiske analysen konstruerte vi mange temaer og flere perspektiver, noe jeg mener har gitt rike og tykke beskrivelser av erfaringene med utvikling av Åpen dialog i den beskrevne konteksten.

Avklare hvilke bias forskeren bringer med i studien. Som tidligere gjort rede for, vil mitt ontologiske og epistemologiske perspektiv, kjønn, alder, profesjon etc. prege studien. Jeg som forsker, påvirker og påvirkes i samspill med forskerkolleger og deltakere i studien. Min kjennskap til tilnærmingen Åpen dialog, og min begeistring for den vil også være med å farge studien. Samtidig har denne forforståelsen vært med på å bidra til entusiasme og vilje til gjennomføring av studien. Å være transparent i mine beskrivelser gjennom alle stadier av studien har derfor vært viktig.

Presentere negative eller avvikende informasjon som strider mot temaene i analysearbeidet. De rike beskrivelsene som presenterer våre funn viser ulike perspektiver på de erfaringene som er undersøkt. I tråd med refleksiv tematisk analyse har ikke målet vært å komme til konsensus, men å vise til mangfoldet i datamaterialet. Studien har vært eksplorativ nettopp for å få frem så mange og ulike erfaringer med utviklingen av Åpen dialog som mulig.

Bruke langvarig tid i feltet man undersøker. Studien er longitudinell og har hatt en prosjektperiode på 3½ år. Som forsker har jeg møtt deltakerne i flere runder, og over tid. Likedan har tiden i dette utviklingsprosjektet bidratt til dypere innsikt i tema.

Bruk peers debriefing. Mange forskere og kollegaer har bidratt i studien. Det har derfor ikke vært en ensom reise. Dette har gitt muligheten for å diskutere og avklare spørsmål og uklarheter i utformingen og gjennomføring av studien.

Bruk en ekstern veileder. En ekstern veileder er objektiv og bidrar til en validitetssjekk av hele studien. En av mine veiledere var ekstern. Hun deltok ikke i selve prosjektet. Jevnlige møter med fokus på forskningsprosessen har bidratt til oppklaringer og nye løsninger. I tillegg hadde vi en FOU-representant i prosjektgruppen som kunne bidra med et utenfra-blikk. I tillegg til disse har hver artikkel hatt redaktører og fagfeller, hver med sine innspill og forslag til avklaringer og forbedringer.

5.6.2 Pålitelighet og generaliserbarhet

Pålitelighet knyttes til tallmessig presisjon og reproduserbarhet og forbindes tradisjonelt med positivismen (Thornquist, 2018, s. 234). Likevel kan tallmessige størrelser brukes ut fra andre posisjoner. Forskerens grunnleggende posisjon kommer til uttrykk gjennom hva man spør om, og i hvordan innsamlet data bearbeides, tolkes og settes inn i større sammenhenger (Thornquist, 2018). På den måten kan kvantitative data bidra inn i kvalitativ forskning på en meningsfull måte. Denne forskningsstudien gjør bruk av kvalitative og kvantitative metoder. Demografiske variabler ble samlet inn for å få mer informasjon om deltakerne. Denne informasjonen kan bidra til å belyse konteksten for studien og hvorfor deltakerne svarer som de gjør (Johannessen et al. 2015). Dette gir dermed studien høyere grad av pålitelighet.

Reliabilitet henviser til forskningsresultatene konsistens og troverdighet, dvs. hvor pålitelig resultatene er, og handler også om hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkt av andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Vi har gjort en eksplorativ studie i en beskrevet kontekst. Kontekstuell kunnskap dreier seg ikke om å nå frem til en kontekstuavhengig universell viten, men om å produsere tykke beskrivelser av situert kunnskap ut fra intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 337).

Fokus på utvikling kontra implementering har vært et bevisst valg da vi har en grunnleggende antakelse om at konteksten er av stor betydning. Og siden ingen før har forsøkt å utvikle Åpen dialog innen vår kontekst og i en slik skala, samt at det er i den kliniske hverdagen dette skulle forsøkes, måtte vi ta hensyn til, og tilpasse utviklingen i den lokale konteksten. Studien er deskriptiv, og gjøres i en klinisk hverdag, i naturlige kontekster, i virkelighetens praksis. Målet med et slikt design er ikke å lage en forklaringsmodell, men å lage en deskriptiv studie for å belyse hvordan en behandlingsmodell fungerer i en gitt kontekst (Seikkula & Arnkil, 2013, s. 183).

Størsteparten av data i denne forskningsstudien er av kvalitativ art og har fokus på erfaringer. Hensikten med intervjuene var å få innsikt i deltakernes erfarings- og meningsverden. For å skape en ramme der samtalen utviklet seg slik at deltakerne kunne snakke fritt om tema og det de selv var opptatt av, så forutsetter det at intervjuene har samtalepreg, og ikke er preget av standardiserte situasjoner (Thornquist, 2018). Dermed er hvert intervju unikt og frembringer data unikt for den konteksten intervjuet fant sted i. Det er derfor ikke reproduserbart i streng forstand. Det er heller ikke det viktige i denne studien. Vi har studert erfaringer i en bestemt kontekst for å få økt kunnskap om denne. Hvis man opptrer innen en kontekst man ønsker å forstå, er det ikke behov for forklaringer som i seg selv antas å være universelle eller overførbare, i følge Seikkula & Arnkil (2013, s. 184). Likevel vil våre

funn kunne være nyttige for andre. Vi har gjort konteksten for forskningsstudien tydelig. Dermed kan leseren selv avgjøre om våre funn kan anvendes og bidra til ny kunnskap i andre kontekster enn vår. I følge Tjora (2018, s. 70) vil man ved en naturalistisk generalisering forsøke å redegjøre godt nok for detaljene i forskningen slik at leseren selv kan vurdere hvorvidt funnene vil ha gyldighet for egen forskning eller praksis.

6.0 Avslutning

6.1 Implikasjoner for praksis

Våre funn viser at det er mulig, men utfordrende å utvikle Åpen dialog i vår lokale kontekst. Gjennom studien har vi pekt på organisatoriske-, faglige- og personlige faktorer som både har fremmet og hemmet utviklingen av Åpen dialog i nettverksmøter. Implikasjonene for praksis er av betydning. Studien viser at deltakende pasienter og deres sosiale nettverk erfaringer med Åpen dialog i nettverksmøter er overveiende positive. Studien viser også at deltakende klinikere endres både som fagpersoner og personer gjennom denne måten å arbeide på. I den offentlige debatten tar flere til ordet for et nødvendig skifte innen grunnlagstenkningen i de fremtidige psykiske helsetjenestene. En dialogisk og samarbeidende praksis kan således bidra til å humanisere behandlingen i de psykiske helsetjenestene. Om organisasjonene innen de psykiske helsetjenestene evner å transcendere seg fra sin instrumentalistiske praksis til en mer relasjonell forståelse av behandling, vil dette kunne bidra til at også klinikerne får det mulighetsrommet de behøver for å kunne orientere seg mot en subjektontologisk posisjon i møte med pasienter og deres sosiale nettverk. Om ikke, er risikoen stor for at klinikerne som ønsker å arbeide dialogisk, fortsetter å være ”ildsjeler” som ”arbeider med sitt”, i en ellers objektontologisk behandlingskontekst.

6.2 Fremtidig forskning

Studien har pekt på ulike faktorer i utviklingen av Åpen dialog i en definert kontekst. Fremtidig forskning anbefales å inkludere pasienter og familiers erfaringer med Åpen dialog sett i lys av recovery- og bedringsprosesser. Større multisenterstudier og effektstudier vil også kunne være nyttige fremtidige perspektiver.

Litteratur

- Andersen, T. (2005). *Reflekterende prosesser* (3.utg.). Dansk Psykologisk Forlag.
- Andersen, T. (2021). *Vandringer og veiskiller: En bok om berøring og deltakelse i psykiatri og annet fredsarbeid*. Hald, M., Karlsson, B. & Sundet, R. (Red.). Fagbokforlaget.
- Aadland, E. (2013). *Og eg ser på deg: Vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (3.utg.). Universitetsforlaget.
- Alanen, Y. O. (2009). Towards a more humanistic psychiatry: Development of need-adapted treatment of schizophrenia group psychoses. *Psychosis*, 1(2), 156–166, <https://doi.org/10.1080/17522430902795667>
- Alakare, B. & Seikkula, J. (2022). The historical development of Open Dialogue in Western Lapland. I N. Putman & B. Martindale (Red.), *Open Dialogue for psychoses: Organising mental health services to prioritise dialogue, relationship and meaning* (s. 35-51). Routledge.
- Bank, R. M., Borg, M., Sjøfjell, T., Ogundipe, E., Johnson, T. A. & Karlsson, B. (2018). *Recoverydannelse i Drammen kommune og Nedre Eiker kommune* (SFPR-Forskningsrapport: 1-2018). Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helsevitenskap. <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/2492701>
- Becker, T., Mills, C., Bhugra, D., S.t. Meerman, S., Thoma, S., Heinze, M. & von Peter, S. (2021). Psychiatrization of society: A conceptual framework and call for transdisciplinary research. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.645556>
- Benner, P., Tanner, C. A. & Chesla, C. A. (2009). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgement & ethics* (2.utg.). Springer Publishing Company.
- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., Tolvanene, T. & Aaltonen, J. (2018). The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research*, (270), 168–175, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.039>
- Bjørgen, L. K. M. (2022). Evidensbasert praksis, standardisering og styring: Eit kritisk blikk på instrumetalisme i institusjonsbarnevernet. I L. S. Torjussen & A. H. Hvidsten (Red.), *Arven etter Skjervheim: Nylesninger i vår tid* (s. 231-245). Fagbokforlaget.
- Bondevik, H. & Bostad, I. (2003). *Tenkepause: Filosofi og vitenskapsteori*. Akribe.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE.
- Brinkmann, S. (2006). *En introduksjon: John Dewey*. Hans Reitzels Forlag.
- Brottveit, Å. (2002). *På pasientens premisser: Erfaringer med nettverksmøte i hjemmebasert psykiatrisk behandling i to Valdreskommuner* (1/2002). Diakonhjemmets høgskolesenter. <http://hdl.handle.net/11250/98603>
- Buus, N., Bikic, A., Jacobsen, E. K., Müller-Nielsen, K., Aagaard, J. & Rossen, C. B. (2017). Adapting and Implementing Open Dialogue in the Scandinavian Countries: A Scoping Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(5), 391-401, [10.1080/01612840.2016.1269377](https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1269377)
- Buus, N., Ong, B., Einboden, R., Lennon, E., Mikes-Liu, K., Mayers, S. & McCloughen, A. (2021). Implementing open dialogue approaches: A scoping review. *Family Process*, 60, 1117–1133, <https://doi.org/10.1111/famp.12695>
- Byrne, D. (2021). A worked example of Braun and Clarkes approach to reflexive thematic analysis. *Quality & Quantity*, 56, 1391-1412, <https://doi.org/10.1007/s11135-021-01182-y>
- Bøe, T.D. (2016). *They say yes, they don't say no: Experiences of change in dialogical approaches to mental health – a qualitative exploration* [Doktoravhandling]. Agder: Universitetet i Agder.

- Caldwell, D. F., Chatman, J., O'Reilly, C. A., Ormiston, M. & Lapid, M. (2008). Implementing strategic change in a health care system. *Health Care Management Review*, 33(2), 124–133, <https://doi.org/10.1097/01.HMR.0000304501.82061.e0>
- Creswell, J.W. & Creswell, J.D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative & mixed methods approaches*. (5.utg.). SAGE.
- Clement, M. & McKenny, R. (2019). Developing an open dialogue inspired model of systemic social work assessment in a local authority children's social care department. *Journal of Family Therapy*, 41(3), 421–446, <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12271>
- Dewey, J. (2005). *Demokrati og uddannelse*. Forlaget Klim.
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*, 5(4), 332–335, <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0027>
- Duncan, B. L., Sparks, J. A., Reynolds, L. R., Brown, J. & Johnson, L. D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary Psychometric Properties of a “working” Alliance Measure. *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3–11, https://www.researchgate.net/publication/280015889_The_Session_Rating_Scale_Preliminary_Psychometric_Properties_of_a_Working_Alliance_Measure
- Eassom, E., Giacco, D., Dirik, A. & Priebe, S. (2014). Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: A systematic review of facilitating and hindering factors. *BMJ open*, 4(10). <https://doi.org/10.1136%2Fbmjopen-2014-006108>
- Eiterå, A., Hansen, L., Vind, B., Hansen, A., Castella, J. & Sørensen, E. (2014). *Åben dialog: Nøglemarkører og deres kontekst*. <https://udviklingsenheden.aarhus.dk/media/18922/aaben-dialog-noeglemarkoerer-og-deres-kontekst.pdf>
- Ekeland, T. J. (2021). *Psykisk helsevern: En kunnskapsplattform*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. <https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2021/03/Psykisk-helsevern-En-kunnskapsplattform-2021.pdf>
- Europarådet (2021). Good practices. <https://rm.coe.int/compendium-final-en/1680a45740>
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4.utg.). Sage.
- Florence, A. C., Jordan, G., Yasui, S. & Davidson, L. (2020). Implanting rhizomes in Vermont: A qualitative study of how the open dialogue approach was adapted and implemented. *The Psychiatric Quarterly*, 91(3), 681–693, <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09732-7> PMID:32152853
- Florence, A. C., Jordan, G., Yasui, S., Cabrini, D. R. & Davidson, L. (2021). ”It makes us realize that we have been heard”: Experiences with open dialogue in Vermont. *Psychiatric Quarterly*, 92(4), 1771–1783, <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09948-1>
- Freeman, A. B., Tribe, R. H., Stott, J. C. H. & Pilling, S. (2019). Open dialogue: A review of the evidence. *Psychiatric Services*, 70(1), 46–59, <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800236>
- Fyrand, L. (2005). *Sosialt nettverk: Teori og praksis*. Universitetsforlaget.
- Gidugu, V., Rogers, E. S., Gordon, C., Elwy, A. R. & Drainoni, M. L. (2021). Client, family, and clinician experiences of open dialogue-based services. *Psychological Services*, 18(2), 154–163, <https://doi.org/10.1037/ser0000404>
- Gordon, C., Gidugu, V., Rogers, E. S., DeRonck, J. & Ziedonis, D. (2016). Adapting open dialogue for early-onset psychosis into the U.S. health care environment: A feasibility study. *Psychiatric Services*, 67(11), 1166–1168, <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600271> PMID:27417900
- Handal, G. & Lauvås, P. (2014). *Veiledning og praktisk yrkest teori* (3.utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P. & Karlsson, B. (2000). *Perspektiver på psykisk lidelse: En innføring for helse- og sosialfagene*. Ad Notam Gyldendal.
- Helsedirektoratet (2017). *Brukermedvirkning*. Hentet 12. februar 2024 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

- Helsedirektoratet (2021). *Evaluering av pakkeforløp psykisk helse- og rus*. <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/evaluering-av-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus>
- Helsedirektoratet (2021). *Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tvang-forebygging-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne>
- Helsedirektoratet (2023). *Kvalitativ forskning på brukermedvirkning innen psykisk helse og rus i Norden og Sápmi 2012-2022*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kvalitativ-forskning-pa-brukermedvirkning-innen-psykisk-helse-og-rus-i-norden-og-sapmi-2012-2022>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2021). *Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021-2025*. https://www.regjeringen.no/contentassets/59ffc7b38a4f46fbb062aeca50e272d/207035_kliniske_studier_k6_b.pdf
- Helsebiblioteket. (2021). *Kunnskapsbasert praksis*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Holmesland, A. L. (2015). *Professionals' experiences with Open Dialogues with young people's social networks-identity, role and teamwork: A qualitative study* [Doktorgradsavhandling]. Jyväskylä studies in education, psychology and social research, (516). https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/45035/1/978-951-39-6052-0_vaitos17012015.pdf
- Hougaard, Lone (1997). Patricia Benner: Sygeplejefortællingens muligheder. *Sygeplejersken*, (10), 26-31. <https://dsr.dk/fag-og-udvikling/sygeplejersken/arkiv/sygeplejersken-1997-10/patricia-benner-sygeplejefortaellingen-muligheder/>
- Hummelvoll, J. K. (2008). The multistage focus group interview: A relevant and fruitful method in action research based on a co-operative inquiry perspective. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 10(1), 3–14. <http://hdl.handle.net/11250/134226>
- Hummelvoll, J. K. (2010). Flerstegsfokusgruppeintervju: en sentral metode i deltakerbasert og handlingsorientert forskningssamarbeid. *Klinisk Sygepleje*, 24(3), 4-13, <https://doi.org/10.18261/ISSN1903-2285-2010-03-02>
- Husum, T. L., & Hjort, H. (2009). Menneskerettigheter i psykisk helsevern. *Tidsskrift for norsk Psykologforening*, 46(12), 1169-1174. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2009/12/menneskerettigheter-i-psykisk-helsevern>
- Hvidsten (2022). Samfunnsvitenskap og demokratisk dialog. I L. S. Torjussen & A. H. Hvidsten (Red.). *Arven etter Skjervheim: nylesninger for vår tid* (s. 35-53). Fagbokforlaget.
- Jacobsen, R. K. (2016). *Åpen dialog bak lukkede dører: Behandlers opplevelser og erfaringer av Åpen dialog i nettverksmøter på en lukket psykiatrisk avdeling* [Masteroppgave]. Høgskolen i Sørøst-Norge.
- Jacobsen, R. K., Sørgård, J., Karlsson, B. E., Seikkula, J., & Kim, H. S. (2018). “Open dialogue behind locked doors” – Exploring the experiences of patients’, family members, and professionals with network meetings in a locked psychiatric hospital unit: A qualitative study. *Scandinavian Psychologist*, 5, e5. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.5.e5>
- Jacobsen, R. K. & Karlsson, B. E. (2019). Åpen dialog bak lukkede dører. Behandlers erfaringer med Åpen dialog i nettverksmøter ved en lukket psykiatrisk avdeling. *Fokus på familien*. 47(1),57-73, <https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2019-01-05>
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2015). Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. (4.utg.) Oslo: Abstrakt forlag.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid: Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Gyldendal akademisk.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2022). Menneskerettigheter, Recovery og Åpen Dialog: Kan Relasjonell Recovery være en revolusjonær tilnærming i psykisk helse-og rusfeltet?. *Nordic*

- Journal of Wellbeing and Sustainable Welfare Development*, 1(1), 21-34,
<https://doi.org/10.18261/njwel.1.1.3>
- Kinane, C., Osborne, J., Ishaq, Y., Colman, M. & MacInnes, D. (2022). Peer supported Open Dialogue in the National Health Service: Implementing and evaluating a new approach to Mental Health Care. *BMC Psychiatry*, 22(1), 1-13, <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03731-7>
- Kirkevold, M. (2020, 30. mars). Sykepleieteori. I *Store medisinske leksikon*.
<https://sml.snl.no/sykepleieteori>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Gyldendal akademisk.
- Lidbom, P. A., Bøe, T. D., Kristoffersen, K., Ulland, D., & Seikkula, J. (2014). A study of a network meeting: Exploring the interplay between inner and outer dialogues in significant and meaningful moments. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 35(2), 136-149, <https://doi.org/10.1002/anzf.1052>
- Lidbom, P. A., Bøe, T. D., Kristoffersen, K., Ulland, D., & Seikkula, J. (2015). How participants' inner dialogues contribute to significant and meaningful moments in network therapy with adolescents. *Contemporary Family Therapy*, 37, 122-129, <https://doi.org/10.1007/s10591-015-9331-0>
- Lock, A. & Strong, T. (2014). *Sosialkonstruksjonisme: Teorier og tradisjoner*. Fagbokforlaget.
- Lotmore, M., Ziedonis, D., Alvarez Monjaras, M., Hopfenbeck, M., Razzaque, R., Wilson, E., & Pilling, S. (2023). Development and refinement of the open dialog adherence protocol in complex mental health care. *Frontiers in Psychology*, 13, 1041375.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1041375>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. Utg.). Universitetsforlaget.
- Martindale, B. (2022). Research from Western Lapland of Open dialogue for psychosis. I N. Putman & B. Martindale (Red.), *Open Dialogue for psychoses: Organising mental health services to prioritise dialogue, relationship and meaning* (s. 240-244). Routledge.
- McLeod, J., & Sundet, R. (2020). Working with stuckness in psychotherapy: Bringing together the bricoleur model and pluralistic practices. *Respect for thought: Jan Smedslund's legacy for psychology*, 361-376, https://doi.org/10.1007/978-3-030-43066-5_21
- McLeod, J. & Sundet, R. (2022). Psychotherapy as making. *Frontiers in Psychology* (13). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1048665>
- Meld. St. 25 (1996-1997). *Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Sosial- og helsedepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/
- Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling- på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>
- Menneskerettsloven. (1999). *Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett* (LOV-2014-05-09-14). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30>
- Monjaras, M.A. (2019). *Fidelity measurement for the implementation of social networks interventions in complex mental health*. [Doktorgradsavhandling]. University College London.
https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10083112/14/Volume1_AlvarezMonjaras2019.pdf
- Mosse, D., Pocobello, R., Saunders, R., Seikkula, J., & von Peter, S. (2023). Introduction: Open Dialogue around the world—implementation, outcomes, experiences and

- perspectives. *Frontiers in Psychology*, 13, 1093351.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1093351>
- Nielsen, K. & Kvale, S. (1999). *Mesterlære: Læring som sosial praksis*. Ad Notam Gyldendal.
- Nilsen, E. R., Olafsen, A. H., Steinsvåg, A. G., Halvari, H., & Grov, E. K. (2016). Stuck between a rock and a hard place: The work situation for nurses as leaders in municipal health care. *Journal of multidisciplinary healthcare*, (9), 153-161,
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S100640>
- Nyeng, F. (2012). *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Fagbokforlaget.
- Olson, M., Seikkula, J., & Ziedonis, D. (2014). *The key elements of dialogic practice in open dialogue: Fidelity criteria*. <https://www.umassmed.edu/globalassets/psychiatry/open-dialogue/keyelements1.109022014.pdf>
- Olson, M. (2022). Open dialogue adherence and fidelity tools. I N. Putman & B. Martindale (Red.), *Open dialogue for psychosis: Organising mental health services to prioritise dialogue, relationship and meaning* (s. 245-247). Routledge.
- Omvik, S., & Kvamme, A. (2022). Å involvere nettverket til pasienter i behandling: En kvantitativ studie av hvilket utbytte pasienter i dagbehandling har av åpen dialog i nettverksmøter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 19(2-3), 117-130,
<https://doi.org/10.18261/tph.19.2-3.3>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-06-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2022). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (10. utg.). Wolters Kluwer.
- Putman, N. (2022). Introducing open dialogue training. I N. Putman & B. Martindale (Red.), *Open dialogue for Psychosis: Organising mental health services to prioritise dialogue, relationship and meaning* (s. 107-118). Routledge.
- Pilling, S., Clarke, K., Parker, G., James, K., Landau, S., Weaver, T., ... & Craig, T. (2022). Open Dialogue compared to treatment as usual for adults experiencing a mental health crisis: Protocol for the ODDSSI multi-site cluster randomised controlled trial. *Contemporary clinical trials*, 113. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2021.106664>
- Pocobello, R., Camilli, F., Alvarez-Monjaras, M., Bergström, T., von Peter, S., Hopfenbeck, M., ... & El Sehity, T. J. (2023). Open Dialogue services around the world: A scoping survey exploring organizational characteristics in the implementation of the Open Dialogue approach in mental health services. *Frontiers in Psychology*, 14.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1241936>
- Prop. 63 (1997-1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006*. Sosial- og helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>
- Rosengren, U. (2018). *Fra sett til hørt: Flere sider av samme sak når vi er i dialog* [Masteroppgave]. Vid vitenskapelige høyskole.
<https://core.ac.uk/download/pdf/225935604.pdf>
- Runciman, O. (2022). Reflections on participating in the three-year Open dialogue training. I N. Putman & B. Martindale (Red.), *Open dialogue for psychosis: Organising mental health services to prioritise dialogue, relationship and meaning* (s. 122-124). Routledge.
- Rydland, Monica (2018). *Middle managers' role as change agents: Variations in approaches and their contributions to the progress of change*. [Doktorgradsavhandling]. Norges Handelshøyskole. <https://openaccess.nhh.no/nhh-xmlui/handle/11250/2641168>

- Sandvik, G. K., Stokke, K., & Nortvedt, M. W. (2011). Implementing evidence-based practice in hospital: What strategies are effective?. *Norwegian Journal of Clinical Nursing/Sykepleien Forskning*, (2). <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0098>
- Seikkula, J. (2000). *Åpne samtaler*. Tano Aschehoug.
- Seikkula, J. (2012). *Åpne samtaler*. (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Seikkula, J. & Arnkil, T.E. (2007). *Nettverksdialoger*. Gyldendal.
- Seikkula, J. & Arnkil, T.E. (2013). *Åpen dialog i relasjonell praksis: Respekt for annerledeshet i øyeblikket*. Gyldendal akademisk.
- Seikkula & Trimble (2005). Healing elements of therapeutic conversation: Dialogue as an embodiment of love. *Family Process* (44)4. 46-475, <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2005.00072.x>
- Skagen, K. (2013). *I veiledningens landskap: Innføring i veiledning og rådgivning* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Skirbekk, G. (2022). Samfunnsforskning- positiv eller kritisk? Eit vitenskapsfilosofisk perspektiv. I L. P. S. Torjussen & A. H. Hvidsten (Red.), *Arven etter Skjervheim: Nylesninger i vår tid* (s. 55-66). Fagbokforlaget.
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Aschehoug.
- Sunthararajah, S., Clarke, K., Razaque, R., Chmielowska, M., Brandrett, B. & Pilling, S. (2022). Exploring patients' experience of peer-supported open dialogue and standard care following a mental health crisis: Qualitative 3-month follow-up study. *BJPsych Open*, 8(4), E139. doi: <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.542>
- Sørgård, 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.
- Sørgård, J., & Karlsson, B. (2017). Åpen dialog bak lukkede dører: Pasienter og pårørendes erfaringer med Åpen dialog i nettverksmøter ved en lukket psykiatrisk avdeling. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(4), 327-338, <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-04-05>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. (2.utg.). Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2018). *Viten skapt: Kvalitativ analyse og teoriutvikling*. Cappelen Damm Akademisk.
- Tveiten, S. & Røkholt, G. (2023). Å være veileder i «praksisvinden»: utfordringer og didaktiske implikasjoner for praksisveilederutdanningen. *Nordisk Tidsskrift i Veiledningspedagogikk* (8)e3498. <https://doi.org/10.15845/ntvp.v8i1.3498>
- Ukom. (2023). Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko. <https://aimblob.blob.core.windows.net/aimfiles/eedc98c1-c930-495b-9b23-dea955a86be1.pdf>
- Ulland, D., Andersen, A. J. W., Larsen, I. B. & Seikkula, J. (2014). Generating Dialogical Practices in Mental Health: Experiences from Southern Norway, 1998–2008. *Adm Policy Ment Health* 41, 410–419, <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0479-3>
- Ulvestad, A. K., Henriksen, A. K., Tuseth, A. G., & Fjeldstad, T. (2007). *Klienten: Den glemte terapeut*. Gyldendal akademisk.
- Ursin, L. (2021, 30. november). De fire prinsipper. I *Store medisinske leksikon*. https://sml-snl.no/de_fire_prinsipper
- von Peter, S., Aderhold, V., Cubellis, L., Bergström, T., Stastny, P., Seikkula, J., & Puras, D. (2019). Open dialogue as a human rights aligned approach. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 387. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00387>
- Von Peter, S., Bergström, T., Nenoff-Herchenbach, I., Hopfenbeck, M. S., Pocobello, R., Aderhold, V., ... & Heumann, K. (2021). Dialogue as a response to the Psychiatrization of society? Potentials of the open dialogue approach. *Frontiers in Sociology*, 6, 806437. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.806437>
- Waters, E., Ong, B., Mikes-Liu, K., McCloughen, A., Rosen, A., Mayers, S., ... & Buus, N. (2021). Open Dialogue, need-adapted mental health care, and implementation fidelity: A

discussion paper. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(3), 811-816,
<https://doi.org/10.1111/inm.12866>

WHO (2021). Guidance on community mental health services: Promoting person-centered and rights-based approaches. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>

Vedlegg

Vedlegg 1

Pre- og post spørreskjema, opplæringsprogram

Vedlegg. Spørreskjemaer til bruk i evalueringsprosjektet.

Spørreskjema 1 og 2: «Åpen Dialog - et samarbeidsprosjekt mellom Avdeling Spesialpsykiatri (ASP), Nedre Romerike DPS, Øvre Romerike DPS og Follo DPS».

Dette spørreskjemaet retter seg mot alle som deltar i opplæringsprogrammet for «**Åpen Dialog - et samarbeidsprosjekt mellom Avdeling Spesialpsykiatri (ASP), Nedre Romerike DPS, Øvre Romerike DPS og Follo DPS**». Hensikten er å utforske og evaluere hvordan du har opplevd og erfart å delta i opplæringsprogrammet knyttet til «Åpen dialog i nettverksmøter». Deltakerne i undersøkelsen vil være fagpersoner som har deltatt i opplæringsprogrammet. Temaene i evalueringen vil rette seg mot hvordan dere har erfart og opplevd selve opplæringen og de ulike pedagogiske metodene som er blitt benyttet i opplæringsprogrammet. Spørreundersøkelsen skal gjennomføres ved bruk av i alt 5 spørreskjemaer. De to første, og lengste, benyttes ved oppstart og avslutning av programmet. De tre andre skjemaene brukes ved hver undervisningsdag, i alt seks dager.

Det tar ca. 20 minutter å svare på spørreskjemaene ved oppstart og avslutning. Alle skjemaene fylles ut anonymt, og det vil ikke være mulig å finne ut hvem som har svart på hvilket skjema. Bakerst i spørreskjemaet er det mulighet til å gi kommentarer. Vi oppfordrer dere til å benytte dette dersom dere har erfaringer eller synspunkt som ikke blir berørt ellers i spørreskjemaet.

Evalueringen gjennomføres av Avdeling Spesialpsykiatri, Akershus Universitetssykehus HF, ved Forsker Bengt Karlsson og Prosjekttrådgiver Ritva Jacobsen, begge ansatt ved ASP.

Spørreskjema 1 - Ved oppstart:

Del A. Generell informasjon

A1. Fødselsår: 19 ____

A2. Kjønn:

- 1. Kvinne
- 2. Mann

A2. Utdanningsnivå:

- 1. Videregående
- 2. Grunnutdanning/bachelorgrad
- 3. Videreutdanning
- 4. Mastergrad
- 5. Høyere utdanning enn mastergrad

A3. Klinisk erfaring

Erfaring fra psykisk helsearbeid og/eller rus

- 1. Spesialisthelsetjeneste
Antall år med denne typen erfaring: ____ år
- 2. Kommunehelsetjenesten
Antall år med denne typen erfaring: ____ år
- 3. Russektoren
Antall år med denne typen erfaring: ____ år
- 4. Andre kliniske erfaringer
Antall år med denne typen erfaring: ____ år

A4. Nåværende stilling

A4.a. Startdato i stillingen: _____

A4.b. Heltid/deltid

- 1. Heltid
- 2. Deltid

Del B. Karakteristika ved din nåværende stilling

C1. Stillingstittel: _____

C2. Typer av klinisk praksis

- 1. Individuelt arbeid (Individuelt ansvar for registrerte pasienter/ brukere)
- 2. Teamarbeid (Delt ansvar i teamet for registrerte pasienter/ brukere)
- 3. Integrert arbeid (Kombinasjon av individuelt og teamarbeid)

C3. Angi og grader ulike kliniske arbeidsmåter fra 1 til 9, hvor 1 indikerer det viktigste og 9 det minst viktige.

- ____ a. Direkte klinisk arbeid (samtaler, veiledning og behandling)
- ____ b. Møter med andre fagpersoner og tjenestesteder relater til brukeres behov og ønsker
- ____ c. Arbeid med Inntak- og vurderingssamtaler med pasienter/ brukere
- ____ d. Konsultasjon

- ____ e. Dokumentasjon av klinisk arbeid
- ____ f. Administrative arbeidsoppgaver
- ____ g. Veiledning
- ____ h. Undervisning
- ____ i. Annet

C4a. Angi gjennomsnittlig antall kontakter du har med pasienter/ brukere pr.uke

- ____ 1. Direkte og personlig kontakt
- ____ 2. Kontakt via telefon/sms
- ____ 3. Kontakt via E-post/sosiale medier

C4b. Angi gjennomsnittlig antall kontakter du har med pasienter/ brukere og deres familier/nettverk pr.uke

- ____ 1. Direkte og personlig kontakt
- ____ 2. Kontakt via telefon/sms
- ____ 3. Kontakt via E-post/sosiale medier

C5. Angi ulike terapeutiske arbeidsmåter du bruker i din kliniske praksis (vennligst kryss av alle som er aktuelle for deg)

- Psykoterapi
- Medikamentell vurdering og oppfølging
- Støttesamtaler
- Kriseintervensjon
- Veiledning og konsultasjon
- Relasjonsbygging
- Motivasjonsarbeid
- Familie- og nettverksterapi
- Annet – vennligst spesifiser: _____

Del D. Karakteristika ved brukere ved ditt tjenestested

D1. Grader alderen til de pasient-/brukergruppene som hyppigst benytter dine tjenestetilbud fra 1 til 8, hvor 1 indikerer den hyppigste gruppen og 8 den mest sjeldne gruppen.

- ____ a. Kvinne
- ____ b. Mann
- ____ c. Alder under 18 år
- ____ d. Alder mellom 18-25 år
- ____ e. Alder mellom 25-40 år
- ____ f. Alder mellom 40-50 år
- ____ g. Alder mellom 50-60 år
- ____ i. Alder over 60 år

D4. Grader de psykiske helsevansker som forekommer hos pasienter/ brukere du møter fra 1 til 9, hvor 1 indikerer de hyppigste forekommende psykiske helsevansker og 9 de minst hyppige.

- ____ a. Enkeltstående episode av psykisk helsevansker eller psykisk krise
- ____ b. Diagnostisert psykisk lidelse
- ____ c. Psykisk krise i relasjon til en diagnostisert psykisk lidelse
- ____ d. Fysisk lidelse og psykisk helsevansker
- ____ e. Ruslidelser

- _____ f. Fysisk lidelse i relasjon til rusbruk
- _____ g. Både psykisk helsevansker og rusbruk (ROP-lidelse)
- _____ h. Fysisk lidelse, psykisk helsevansker og rusbruk
- _____ i. Andre – vennligst spesifiser: _____

D5. Grader lengden av tjenestetilbudet du gir til pasienter/ brukere du møter fra 1 til 7, hvor 1 er hyppigst og 7 minst hyppig.

- _____ a. Mindre enn en uke
- _____ b. Fra en uke til en måned
- _____ c. Lenger enn en måned og opptil 6 måneder
- _____ d. Lenger enn 6 måneder og opp til ett år
- _____ e. Lenger enn ett år
- _____ f. Fra 3 til 5 år
- _____ g. Lenger enn 5 år

D6. Grader antallet av kontakter du har med en pasient/ bruker fra 1 til 4, hvor 1 er hyppigst og 4 er minst hyppig.

- _____ a. En gang
- _____ b. 2 - 5 ganger
- _____ c. 6 - 10 ganger
- _____ d. Mer enn 10 ganger

Del E. Bakgrunnsspørsmål

1. *Hva slags stilling har du?*

- Fagperson
- Leder
- Erfaringsmedarbeider
- Annet

2. *Bakgrunn for din deltakelse i opplæringsprogrammet*

Hvem tok initiativ til at du skulle delta i opplæringsprogrammet?

- Ledelsen
- Jeg
- Andre

Vennligst spesifiser hvem andre:

.....
.....

3. *I hvilken grad opplever du at du har behov for dette opplæringsprogrammet?*

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad

I noen grad

I stor grad

4. Kjente du til åpen dialogtilnærmingen fra tidligere?

Ja

Nei

Annet (vennligst spesifiser):

.....
.....
.....

5. Hvilke forventninger har du til opplæringsprogrammet (Du kan sette flere kryss):

Lære mer om hva åpen dialog er

Lære mer om hvordan arbeide med åpen dialog

Lære mer om hvordan invitere pasienter/ brukere med i åpen dialog i nettverksmøter

Lære mer om hvordan invitere med kollegaer i åpen dialog i nettverksmøter

Lære mer om hvordan invitere med samarbeidspartnere med i åpen dialog i nettverksmøter

Få mer kjennskap til og kunnskap om andre som arbeider med åpen dialog i nettverksmøter

Jeg har ingen forventninger

Annet – (vennligst spesifiser):

.....
.....
.....
.....

6. I hvilken grad føler du deg nå trygg på å

Ikke i det hele tatt I liten grad I noen grad I stor grad

...arbeide med åpen dialog?

...foreslå åpen dialogtilnærming

for pasienter/ brukere?

...foreslå åpen dialog tilnærming

for fagfolk?

7. Om første undervisningsdag - *Hvor enig er du i følgende påstander?*

	Helt uenig	Delvis uenig	Hverken ening eller uenig	Delvis enig	Helt enig
Arbeidsplassen min la godt til rette for at jeg kunne delta i opplæringstilbudet (skaffet vikar eller reduserte arbeidsbyrden m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kollegaer og pasienter/ brukere kan nyttiggjøre seg det jeg lærer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledelsen min kan nyttiggjøre seg det jeg lærer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi fikk tilstrekkelig informasjon om opplæringen i forkant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi fikk god informasjon om åpen dialog i forkant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Første dag fungerte godt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temaene var relevante for meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Underviserne var faglig dyktige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Underviserne hadde gode formidlingsevner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det pedagogiske opplegget første dag var bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. *Hvor enig er du i.....*

Helt uenig Delvis uenig Hverken ening eller uenig Delvis enig Helt enig

Tidspunktet for første dag var godt valgt

Varigheten av første dag var god

Stedet for første dag var godt valgt

9. Synspunkter og erfaringer - *Hvor enig er du i følgende påstander?*

Helt uenig Delvis uenig Hverken enig eller uenig Delvis enig Helt enig
Det er vanskelig å vite hvordan man skal arbeide med åpen dialog med enkeltpasienter/ brukere

Det er vanskelig å snakke om åpen dialog med pasienter/ brukere

Det er vanskelig å snakke om åpen dialog med pårørende

Det er fint å gi råd eller veilede kollegaer om åpen dialog

Første undervisningsdag har gjort at jeg er tryggere i å arbeide med åpen dialog med pasienter/ brukere

Første undervisningsdag har gjort at jeg er tryggere i å arbeide med åpen dialog med pårørende

Første undervisningsdag har gjort at jeg er tryggere i å arbeide med

åpen dialog med andre fagfolk

Jeg har lært mer om
hvordan andre arbeider med
åpen dialog

Jeg har endret oppfatning
av kollegaer og andre
deltakere etter første dag

Første dag har bidratt
til at vi kan snakke samme
språk på tvers av kollegaer
og arbeidsplasser

Første dag har hatt stor
nytteverdi for meg

Første dag har svart til
mine forventninger

*10. Har du noen kommentarer til kurstilbudet eller evalueringen er det fint om du kan skrive
det inn her:*

Overnevnte skjema er utviklet ved Senter for psykisk helse og rus (SFPR), Universitetet i Sørøst-Norge
(2014, 2017), i tråd med prosedyrer for oversettelse (Gjersing et al., 2010).

Spørreskjema 2 - Ved avslutning:

Del A. Generell informasjon

A. Bakgrunnsspørsmål

1. Hva slags stilling har du?

Fagperson

Leder

Erfaringsmedarbeider

Annet

2. Hva er din høyeste fullførte utdanning?

Videregående skole

Universitet/høgskoleutdanning på bachelornivå (inntil 3 år)

Videreutdanning

Universitet/høgskoleutdanning på masternivå (mer enn 3 år)

Høyere utdanning enn mastergrad

3. Jeg er:

Mann

Kvinne

4. Alderen min er:

20 - 30 år

30 - 40 år

40 - 50 år

Over 50 år

2. Bakgrunn for din deltakelse i kurstilbudet

1. Hvem tok initiativ til at du skulle delta i kurstilbudet?

Ledelsen

Jeg selv

Andre

Vennligst spesifiser hvem andre:

.....
.....
.....

2. I hvilken grad opplever du at du har hatt behov for dette opplæringstilbudet?

Ikke i det hele tatt

I liten grad

I noen grad

I stor grad

3. Kjente du til åpen dialogtilnærmingen fra tidligere?

Ja

Nei

Annet (vennligst spesifiser):

.....
.....
.....

4. Hvilke forventninger hadde du til opplæringstilbudet? (Du kan sette flere kryss):

Lære mer om hva åpen dialog er

Lære mer om hvordan arbeide med åpen dialog

Lære mer om hvordan invitere pasienter/ brukere med i åpen dialog

Lære mer om hvordan invitere med kollegaer i åpen dialog

Lære mer om hvordan invitere med ledere i åpen dialog

Få mer kjennskap til og kunnskap om andre som arbeider med åpen dialog

Jeg hadde ingen forventninger

Annet – (vennligst

spesifiser):.....
.....
.....
.....

5. I hvilken grad føler du deg nå trygg på å.....

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad
...arbeide med åpen dialog?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...foreslå åpen dialogtilnærming for pasienter/ brukere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...foreslå åpen dialogtilnærming for fagfolk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Om opplæringstilbudet

1. Hvor enig er du i følgende påstander?

	Helt uenig	Delvis uenig	Hverken enig eller uenig	Delvis enig	Helt enig
Arbeidsplassen min la godt til rette for at jeg kunne delta i opplæringstilbudet (skaffet vikar eller reduserte arbeidsbyrden m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kollegaer og pasienter/ brukere kan nyttiggjøre seg det jeg har lært	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledelsen min kan nyttiggjøre seg det jeg har lært	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi fikk tilstrekkelig informasjon om opplæringstilbudet i forkant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi fikk god informasjon om åpen dialog i forkant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Undervisningen fungerte godt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temaene var relevante for meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Underviserne var faglig dyktige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Underviserne hadde gode formidlingsevner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det pedagogiske opplegget i opplæringstilbudet var bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. *Hvor enig er du i.....*

	Helt uenig	Delvis uenig	Hverken enig eller uenig	Delvis enig	Helt enig
Tidspunktet for opplærings- tilbudet var godt valgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varigheten av tilbudet var god	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stedet for tilbudet var godt valgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. *Hvordan vil du vurdere nytteverdien av.....*

	Ikke nyttig	Lite nyttig	Ganske nyttig	Svært nyttig	Ikke relevant
...forelesningene i tilbudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
....diskusjonene med deltakere fra andre arbeidsplasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
....diskusjonene med kollegaer fra samme arbeidsplass som meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...oppgavene som ble gitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...det å dele erfaringer om åpen dialog i nettverksmøter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Synspunkter og erfaringer

1. Hvor enig er du i følgende påstander?

Helt uenig Delvis uenig Hverken enig eller uenig Delvis enig Helt enig

Det er vanskelig å vite hvordan
man skal arbeide med åpen dialog
med enkeltpasienter/ brukere

Det er vanskelig å snakke om
åpen dialog med pasienter/
brukere

Det er vanskelig å snakke om
åpen dialog med
pårørende

Det er fint å gi råd eller veilede
kollegaer om åpen dialog

Opplæringen har gjort at jeg
er tryggere i å arbeide med åpen dialog
med pasienter/ brukere

Opplæringen har gjort at jeg
er tryggere i å arbeide med
åpen dialog med pårørende

Opplæringen har gjort at jeg
er tryggere i å arbeide med
åpen dialog med andre fagfolk

Fortsettelse: Hvor enig er du i følgende påstander?

Helt uenig Delvis uenig Hverken enig eller uenig Delvis enig Helt enig

Jeg har lært mer om
hvordan andre arbeider med
åpen dialog

Jeg har endret oppfatning
av kollegaer og andre
deltakere etter opplæringen

Opplæringen har bidratt
til at vi kan snakke samme
språk på tvers av kollegaer
og arbeidsplasser

Opplæringen har hatt stor
nytteverdi for meg

Jeg føler meg tryggere i
jobben etter opplæringen

Opplæringen har svart til
mine forventninger

Har du noen kommentarer til opplæringsprogrammet eller evalueringen er det fint om du kan skrive
det inn her:

.....
.....
.....
.....

Overnevnte skjema er utviklet ved Senter for psykisk helse og rus (SFPR), Universitetet i Sørøst-Norge
(2014, 2017), i tråd med prosedyrer for oversettelse (Gjersing et al., 2010).

Vedlegg 2

Spørreskjema til bruk hver opplæringsdag

Spørreskjema 3, 4. og 5. KOR-skjemaer – brukt ved hver undervisningsdag.

FORVENTINGER TIL OPPLÆRINGSPROGRAMMET I ÅPEN DIALOG I NETTVERKSMØTER

Dato

Kan du ved å sette et merke på linjen prioritere og ved hjelp av stikkord konkretisere hva du ønsker at opplæringsprogrammet skal fokusere på?

Kunnskaper:

økte kunnskaper og nye perspektiver i forhold til min forståelse og arbeid med åpen dialog i nettverksmøter

Mindre viktig I----- Viktig

Konkretisering:
.....
.....

Refleksjon:

fordypning rundt holdninger, valg, dilemmaer, og praktiske gjøremål i åpen dialog i nettverksmøter

Mindre viktig I----- Viktig

Konkretisering:
.....
.....

Ferdigheter:

økte ferdigheter i arbeidet med åpen dialog i nettverksmøter

Mindre viktig I----- Viktig

Konkretisering:
.....
.....

Mestring:

økt tro på meg selv og større trivsel med meg selv i arbeidet med åpen dialog i nettverksmøter

Mindre viktig I----- Viktig

Konkretisering:
.....

Skjemaet er inspirert av Asbjørn Kärki Ulvestad (2011) og videreutviklet ved Senter for psykisk helse og rus (2017).

UTBYTTE AV OPPLÆRINGSPROGRAMMET I ÅPEN DIALOG I NETTVERKSMØTER

Dato

Gi en vurdering av opplæringsprogrammet i dag ved å sette et merke på linjen slik at det passer best din egen opplevelse.

Kunnskaper:

økte kunnskaper og nye perspektiver i mitt arbeid med åpen dialog i nettverksmøter

Stemmer ikke

I-----

Stemmer

Refleksjon:

fordypning rundt holdninger, valg, dilemmaer, og praktiske gjøremål i åpen dialog i nettverksmøter

Stemmer ikke

I-----

Stemmer

Ferdigheter:

økte ferdigheter i arbeidet med åpen dialog i nettverksmøter

Stemmer ikke

I-----

Stemmer

Mestring:

økt tro på meg selv og større trivsel med meg selv i arbeidet med åpen dialog i nettverksmøter

Stemmer ikke

I-----

Stemmer

Kommentarer:

.....

.....

VURDERING AV OPPLÆRINGSPROGRAMMET I ÅPEN DIALOG I NETTVERKSMØTER

Dato

Gi en vurdering av opplæringsverkstedet i dag ved å sette et merke på linjen slik at det passer best din egen opplevelse.

Jeg ble forstått og respektert

Nei, i liten grad |-----| Ja, i stor grad

Vi snakket om det jeg ønsket å snakke om

Nei, i liten grad |-----| Ja, i stor grad

Opplæringsprogrammet hadde en form som passet meg

Nei, i liten grad |-----| Ja, i stor grad

I det store og hele var opplæringsprogrammet nyttig for meg

Nei, i liten grad |-----| Ja, i stor grad

Kommentarer:

.....

.....

.....

.....

Skjemaet er inspirert av Asbjørn Kärki Ulvestad (2011) og videreutviklet ved Senter for psykisk helse og rus (2017).

Vedlegg 3

Spørreskjema troskapskriterier for nettverksmøteledere

Selvregistreringsskjema for nettverksmøteledere (Fylles ut rett etter hvert nettverksmøte)

Dato:

Møteleders navn.....

Navn på avdeling/kommune.....

Møteleders erfaringer (sett kryss det/de alternativene som er aktuelle):

Deltatt på opplæringsprogrammet

Har erfaring med å lede nettverksmøter før opplæringsprogrammet Har deltatt på 10 dagers kurs i Åpen dialog

Har formell utdanning i Åpen dialog fra tidligere

Deltar i dette møte som (sett kryss):

Møteleder

Co-leder

Delt ledelse

Vennligst fyll ut skjemaet som er på baksiden av dette arket – takk!

De tolv sentrale fidelity-elementene i dialogisk praksis i Åpen dialog.

Vennligst sett et kryss – enten i ja eller nei basert i hvordan du har opplevd din innsats som nettverksmøteleder i et møte.

	JA	NEI
1.To (eller flere) terapeuter i nettverksmøtet.		
2. Deltagelse av familie og nettverk.		
3. Bruk av åpne spørsmål.		
4. Responderer på klientens/ pasientens ytringer.		
5.Vektlegger øyeblikkene.		
6. Fremmer flere og ulike synspunkter.		
7. Bruk av relasjonelt fokus i dialogen.		
8. Svarer på samtaler om problemer eller oppførsel i en faktisk tilnærming med oppmerksomhet på betydninger.		
9. Vektlegger klientens/ pasientens egne ord og fortellinger, ikke symptomer.		
10. Samtaler mellom profesjonelle (refleksjoner) i møte.		
11.Være gjennomiktig.		
12.Tolerere usikkerhet.		

Skjemaet er oversatt fra engelsk til norsk basert i artikkelen «The Twelve Key Elements of Fidelity to Dialogue practice in Open Dialogue» (Olson, M., Seikkula, J. & Ziedonis, D., 2014). Oversettelsen er gjort ved Senter for psykisk helse og rus (SFPR), Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Universitet i Sørøst-Norge (2019). Vennligst bruk denne referansen ved bruk av skjemaet.

Vedlegg 4

Registreringsskjema for deltakelse i nettverksmøter

Åpen Dialog i nettverksmøter – registreringsskjema for deltakelse.
(Skjemaet fylles ut av nettverksmøtelederne rett etter møtet. Bruk den stiplede linjen ved behov for presisering).

Dato for møtet:.....

Hvor fant møtet sted:

Sett kryss:

Hjemme hos bruker/pasient.....

I poliklinikk.....

I avdeling.....

I kommune.....

Annet (spesifiser).....

Hvor mange deltok i alt:

Hvem deltok:

Sett kryss:

Bruker/pasient.....

Familiemedlemmer.....

Andre fagpersoner/ offentlig nettverk.....

Venner/ sosialt nettverk.....

Andre personer i brukerens/ pasientens nettverk (spesifiser).....

Hvor lenge varte møtet.....

Hvem hadde tatt initiativ til møtet:

Sett kryss:

Bruker/pasient.....

Familiemedlemmer.....

Nettverksmøteleder.....

Andre fagpersoner/ offentlig nettverk.....

Venner/ sosialt nettverk.....

Andre personer i brukerens nettverk (spesifiser).....

Ble det avtalt et nytt møte (ja/nei).....

Åpen dialog i nettverksmøter – et felles implementeringsprosjekt mellom Ahus, Psykisk helsevern og kommunale psykiske helsetjenester

Vedlegg 5

Spørreskjema skala for vurdering av nettverksmøte

Skala for vurdering av nettverksmøte

(Deles ut til alle deltakere på slutten av nettverksmøtet)

Dato: _____

Kvinne

Mann

Alder: _____

Hvilken rolle hadde du i nettverksmøtet:

Pasient/ bruker

Pårørende/ sosialt nettverk

Fagperson/ profesjonelt nettverk

Kan du gi en vurdering av nettverksmøtet i dag ved å sette et merke på linjene slik det best passer din egen opplevelse.

Relasjon

Jeg følte meg ikke forstått, respektert, og/eller akseptert av møtelederen og/eller gruppen

|-----|

Jeg følte meg forstått, respektert, og akseptert av møtelederen og/ eller gruppen

Mål og Tema

Vi arbeidet ikke med eller snakket om det jeg ønsket å arbeide med og snakke om

|-----|

Vi arbeidet med og snakket om det jeg ønsket å arbeide med og snakke om

Tilnærming og metode

Møtelederens og/eller gruppens arbeidsmåte passer ikke så godt for meg

|-----|

Møtelederens og gruppens arbeidsmåte passer godt for meg

Generelt

Det var noe som manglet i møtet i dag – jeg følte meg ikke som en del av gruppen

|-----|

Som helhet var møtet i dag bra for meg – jeg følte meg som en del av gruppen

Vedlegg 6

Temaguide fokusgruppeintervju

Åpen Dialog i nettverksmøter

Temaguide til fokusgruppeintervju med nettverksmøteledere/ veiledere.

Overskriftene og mellomtitlene er områder for samtale. Innledningsvis presenteres intervjuets hensikt og rettighetene i informert samtykke. Deretter starter intervjuet alltid med hovedspørsmålet:

Hvordan erfarer dere utviklingen av Åpen dialog i nettverksmøter?

Eventuelle undertemaer til samtalen

Erfaringer med hva som hemmer og fremmer utviklingen av Åpen dialog

Erfaringer med ledere og kollegaer i denne utviklingen

Erfaringer med å være nettverksmøteledere

Erfaringer med veiledningen

Åpen dialog sett i forhold til tradisjonell praksis

Endringer

Refleksjoner knyttet til samtalen; innhold og deltakelse.

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

Vedlegg 7

Utdrag tematisk analyse, artikkel 1

1	2	3	4	5
Forhåndsbestemte Kodegrupper/tema	Forhåndsbestemte meningsbærende enheter	Subgrupper	Kondensat (og uthevede sitater)	Sammenfatning
Forventninger	Kunnskap	<i>Forventninger om teoretisk kunnskap innen Åpen dialog</i>	Jeg forventer økt kunnskap og en teoretisk ramme for ÅD. Jeg forventer presentasjon av grunnleggende filosofi, verdier og begreper, samt bakgrunn for tenkningen. Mer teori i form av «tavleundervisning». Hvordan bruke ÅD på nye arenaer. Forståelse av, og implementering av prinsippene. Jeg ønsker mer innsikt i kunnskapsgrunnlaget for å jobbe med ÅD. Få et bedre grunnlag for å arbeide med dette og å kunne oppmuntre til bruk i avdelingen. Jeg forventer en trygg ramme. Hva sier forskning. Økt forståelse for forskning og forskningsprosjektet om ÅD i nettverksmøter. Jeg ikke behov for nye perspektiver, jeg ønsker mer basal viten om ÅD.. Teoretisk kunnskap som øker tryggheten i praktisk arbeid.	Jeg forventer innsikt i kunnskapsgrunnlaget for Åpen dialog i nettverksmøter der grunnleggende filosofi, verdier og begreper blir presentert og gjennomgått
		<i>Forventninger om praktiske ferdigheter innen Åpen dialog</i>	Jeg forventer trening på tilstedeværelse her og nå. Å være opptatt av det pasienten genuint trenger og er opptatt av. Ferdigheter. Utøvelse/ integrering av metodikken. Om refleksjon. Nye vinklinger, bruke en mal, men kunne utvikle nye ideer (arenaer, lokaler, setting, m.m). Rollespill/ demonstrasjon. Metoden med fokus på de 7 grunnleggende prinsipper. Case og kollegaveiledning. Øke egen refleksjonskompetanse. Hvordan formidle ÅD i nettverksmøter til pårørende. Ønsker fokus på hvordan lede nettverksmøter. Hvordan arbeide med å få ”folk” interessert i våre nettverksmøter. Fint å bruke rollespill. Jeg vil lære mer om metodikken. Praktisk trygghet i nettverksmøter. Viktig å ha kunnskap for å bli bedre.	Jeg forventer praktisk opplæring og øvelse i å lede nettverksmøter
	Refleksjon	<i>Refleksjon som metode for læring</i>	Jeg har forventninger om å bruke refleksjon i forhold til egen læring og i undervisningen. Godt å starte med refleksjon og tenker at det etterhvert blir enda lettere å komme med tilbakemeldinger (i refleksjonen). Opplever at vi bruker refleksjon hyppig i undervisningen og øvelser – viktig. Fint med reelle eksempler å reflektere rundt. Holdninger og refleksjon viktig i utviklingen vår. Refleksjon rundt holdninger, valg og dilemmaer. Jeg forventer å reflektere over etiske betraktninger, ofte er det lite av det. Dilemmaer knyttet til å få folk til å ta imot tilbudet om nettverksmøter. Rollespill, og refleksjon i etterkant [av rollespillet]. Refleksjon rundt kasuistikker og barrierer fra hverdagen. Hvordan håndtere hvis nettverk takker nei. Hvilke utfordringer, hvilke pasienter egner seg mindre (er det noen i det hele tatt?). Viktig å få noe håndfast om refleksjon. Viktig og interessant fokus – gjerne mer av dette – bruker seg selv (spennende). Viktig å utveksle gode holdninger i kontakt med brukere. Fint å kunne tenke over hvorfor ting er som de er. Refleksjon er viktig, selv med mye erfaring. Må vite hvor jeg står selv for å kunne gjøre en bra jobb.	Jeg forventer at vi bruker refleksjon i undervisningen for å snakke om holdninger, handlinger og etiske dilemmaer

Vedlegg 8

Utdrag tematisk analyse, artikkel 2

Meningsbærende enheter	Subgrupper	Subtema	Tema
<p>selv om de møtene gjerne er mer intense og egentlig sånn emosjonelt krevende kanskje enn samtaler du har med brukerne, så opplever jeg allikevel at det også er mer.. man får mer energi av det også. jeg tror det handler litt om at man er to. Eh.. Å kunne jobbe sammen, ikke sant. Og så eh.. lærer man masse. Ikke sant, jeg lærer jo så mye av X, av å se hvordan hun gjør ting og. Måten hun kan liksom.. Sånn som det med å bryte inn for eksempel da, så ser man jo nye teknikker eller måter å gjøre det på enn det man gjør når man sitter i samtaler med brukere alene da.</p>	<p>Jobbe sammen gir energi. Nettverksmøtene kan være emosjonelt krevende og intense. Likevel får man mer energi av det. Det handler om å være to, deler ansvar, man inspirerer hverandre og lærer mye av hverandre.</p>	<p>Liberating and supportive</p>	<p>Togetherness and loneliness</p>
<p>Direktøren har sagt ja til prosjektet, og har en tydelig profil på det. Men når det går gjennom lederlagene og ender opp i bunnlinjen oppleves det som om alt skal telles og måles for å se om man har ressurser til dette. Man er marginalt bemannet. Dps poliklinikk har ikke startet med ODNM og på døgn er det kun X stykk som driver ODNM</p>	<p>Forankringen i lederlinja er dårlig</p>	<p>Left alone</p>	
<p>jeg er redd vi blir en salderingspost. Jeg er redd... de sier at ressursene tilsier at dette kan vi ikke ha storsatsning på. Det må kommunene ta. Jeg tenker også på det som er på X (sted), at i poliklinikken har de valgt å ikke drive med NOE nettverksmøter. Mens her på døgn, her er det kun x avdelinger av alle de avdelingene som er på huset her, som driver med det. Og da er vi X stykker. Jeg tror ikke det er godt nok forankra jeg. Dessverre.</p>	<p>Ingen storsatsning</p>		
<p>veiledningen fremmer. Det at vi har jevnlig veiledning, vi som har møter eller er møteledere. Det syns jeg er en... et godt sted å være. Og det er et spennende sted å være, og utviklende. Sikkert fordi vi har så gode veiledere.</p>	<p>Veiledning er spennende og utviklende</p>	<p>Supervision oblige, inspires and bring clinicians together</p>	
<p>det er givende å være i veiledning. Det er godt å kunne ha et sted hvor vi kan snakke og søke veiledning eller.. høre andres erfaringer. Så det tror jeg er viktig at vi fortsetter med.</p>	<p>Veiledning er givende, et sted man kan snakke og søke veiledning</p>		
<p>jeg tenker veiledninga har jo økt muligheten til å jobbe på tvers. At jeg kunne bli med X hadde jo ikke skjedd uten veiledningsgruppa. At vi faktisk har et møtefora på tvers av avdelingene. Jeg syns det har vært veldig nyttig å plutselig dette inn i et nettverksmøte uten å kjenne til pasient eller historikk eller noen ting. Det syns jeg har vært helt fantastisk egentlig</p>	<p>Veiledningen gir økt samarbeid på tvers av enhetene</p>		

Vedlegg 9

Utdrag refleksiv tematisk analyse, artikkel 3

Meningsbærende enheter	Enhet E - koder	Subtema	Tema	Overordnet fokus
E4: ja, altså sånn.. på en måte.. er det de snakker om nå det de trenger å snakke om, eller er det det de er her for? Eller.. og det å på en måte avbryte en samtale, det.. det syns jeg.. ja, det får jeg.. nei, det syns jeg er vanskelig. Vite når og hvordan man kan.. hvordan man gjør det..	Vanskelig å vite når man skal ta refleksjon	Gjennomføre reflekterende samtaler	Reflekterende samtaler – den vanskeligste ferdigheten å tilegne seg	Utfordringer
	Enhet F - koder			
F1: eh.. altså det jeg nok syns har vært vanskelig i noen av møtene som jeg har leda er .. det er hvis.. hvis det drar i gang en veldig sånn negativ.. negativ holdning til miljøpersonalet. Altså jeg har vært i noen møter hvor det liksom er.. kan være sånn gjennomgående misfornøydhet fra de pårørende.	Vanskelig når kollegaer blir rammet av kritikk	Utfordrende å lede nettverksmøte når kollega blir rammet av kritikk	Å ivareta alle deltakerne i nettverksmøter er en stor utfordring	Endringer

Vedlegg 10

REK erklæring

Vår ref.nr.: 2019/468 A

Vi viser til skjema for framleggingsvurdering mottatt 19.03.2019 angående prosjektet «Åpen dialog i nettverksmøter – et felles implementeringsprosjekt mellom Akershus universitetssykehus, divisjon psykisk helsevern og kommunale psykiske helsetjenester». Framleggingsvurderingen er vurdert av komiteens leder.

Formålet med prosjektet, slik det fremgår av framleggingsvurderingen, er å utvikle og implementere åpen dialog (ÅD) i nettverksmøter, og undersøke og beskrive helsepersonells og pasienters erfaringer med bruk av ÅD i nettverksmøter. ÅD er en familierapeutisk tilnærming som setter pasienten og dennes sosiale nettverk i fokus.

Etter REKs vurdering faller prosjektet, slik det er beskrevet, utenfor virkeområdet til helseforskningsloven. Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, i loven definert som forskning på mennesker, humant biologisk materiale og helseopplysninger, som har som formål å frambringe ny kunnskap om helse og sykdom, jf. helseforskningsloven §§ 2 og 4a. Formålet er avgjørende, ikke om forskningen utføres av helsepersonell eller på pasienter/sårbare grupper eller benytter helseopplysninger.

Prosjekter som faller utenfor helseforskningslovens virkeområde kan gjennomføres uten godkjenning av REK. Det er institusjonens ansvar på å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Vi gjør oppmerksom på at vurderingen og konklusjonen er å anse som veiledende jf. forvaltningsloven § 11. Dersom dere likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen

Tove Irene Klokk

Rådgiver

post@helseforskning.etikkom.no

T: 22845522

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)**
<http://helseforskning.etikkom.no>

Vedlegg 11

Personvernombudets tilrådning, opplæringsprogram



PERSONVERNOMBUDETS TILRÅDING ANNEN FORSKNING

Til: Bengt Karlsson, Spesialpsykiatri, Akershus
Universitetssykehus HF

Kopi: Jean-Max Robasse, Divisjon for psykisk helsevern,
Akershus Universitetssykehus HF

Fra: Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring

Saksbehandler: Line Mostad Samuelsen

Dato: 06.11.2018

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets tilråding til innsamling og
behandling av personopplysninger

Saksnummer/ 2018-132
Personvernnummer:

Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger for prosjektet "Åpen dialog – et samarbeidsprosjekt mellom ASP, Nedre Romerike DPS og Øvre Romerike DPS"

Prosjektbeskrivelse:

*«Formålet med studien er å utvikle praksiser og få økt kunnskap om tilnærmingen/ metoden
Åpen dialog (vedlegg 1, prosjektbeskrivelse).*

*Åpen dialog har vært satsningsområde på ASP og i DPS`ene i flere år. For å få økt kunnskap
om denne tilnærmingen ønsker avdelingsjefene for ASP, NRDPS, ØRDPS og Follo DPS et
felles forskningsprosjekt om Åpen dialog.*

*I tråd med statlige føringer har det de siste årene vært en økende satsning innen psykisk helse-
og rustjenester på modeller og praksiser som skal styrke brukermedvirkning, samarbeid og
nettverksmobilisering (Helsedirektoratet, 2008; 2014). Hovedmålene er å styrke personens
deltakelse og kontroll over sitt eget liv, involvere familie og nettverk, reduserer
institusjonalisering og tilby lokalbaserte tjenester der mennesker lever og bor (Borg, Karlsson &
Kim, 2009). Åpen dialog er en forskningsbasert nettverksmodell som har vist seg hensiktsmessig
for å kunne ivareta brukerdeltakelse, mobilisering gjennom inkludering av familie- og nettverk,
tilgjengelighet og forutsigbarhet. Åpen dialog er en nettverksmobilisering som skjer gjennom en
dialog- og samarbeidsbasert tilnærming. Forskning om Åpen dialog i Finland viser at denne
tilnærmingen har medvirket til en reduksjon av innleggelse, tvangstiltak, og bruk av
psykofarmaka (Seikkula, 2001, 2002, 2003, 2006, 2008, 20011; Aaltonen et.al, 2011).*



Prosjektet vil bestå av fire elementer: forankring, utvikling, gjennomføring og evaluering. Gjennom hele prosjektet vil det være dialogbasert undervisning, workshops, erfaringsdeling og praksisutvikling. Disse elementene vil bli gjort til gjenstand for kvantitative og kvalitative vitenskapelige undersøkelser.

Gjennom prosjektet vil man undersøke ansattes erfaringer med undervisning og opplæring i tilnærmingen Åpen dialog i nettverksmøter. De ansatte vil gjennom spørreskjema (vedlegg 2) svare på spørsmål som omhandler opplæringen i tilnærmingen. Det er frivillig å delta i studien. De ansatte som blir rekruttert til studien vil få informasjon om studien og fremlagt et samtykkeskjema til studien. I samtykkeskjema følger opplysninger om hvordan studien skal foregå, om deltakelse og frivillighet (vedlegg 3).»

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er personvernombudets tilråding av prosjektet.

Med hjemmel i forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel 37, er det oppnevnt personvernombud ved Akershus Universitetssykehus (Ahus).

Den behandlingsansvarlige skal sikre at personvernombudet på riktig måte og i rett tid involveres i alle spørsmål som gjelder vern av personopplysninger, jf. artikkel 38. Artikkel 30 pålegger Ahus å føre oversikt over hvilke behandlinger av personopplysninger virksomheten har. Behandling av personopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Før det foretas behandling av helseopplysninger, skal dataansvarlig rådføre seg med personvernombudet, jf. personopplysningsloven §§ 9 eller 10. Ved rådføringen skal det vurderes om behandling oppfylder kravene i personvernforordningen og øvrige bestemmelser fastsatt i eller med hjemmel i loven her. Rådføringsplikten gjelder likevel ikke dersom det er utført en vurdering av personvernkonsekvenser etter personvernforordningen artikkel 35.

Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Databehandlingsansvarlig er Ahus ved adm. dir.
2. Avdelingsleder og forskningsansvarlig i divisjonen/klinikken har godkjent gjennomføringen av prosjektet.
3. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
4. Data lagres som oppgitt i meldingen og det er i samsvar med sykehusets retningslinjer.
5. Kodeliste som kobler avidentifiserte 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
6. Hensynet til registrertes integritet og konfidensialitet synes tilfredsstillende ivaretatt.
7. Studien er frivillig og samtykkebasert. Vedlagte samtykke benyttes, inklusive markerte tillegg og endringer foretatt av personvernombudet. Eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet før de tas i bruk.



8. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet informeres om dette.
9. Kontaktperson for prosjektet skal hvert tredje år sende personvernombudet ny melding som bekrefter at databehandlingen skjer i overensstemmelse med opprinnelig formål og helseregisterlovens regler.
10. Data slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt **31.12.2021** ved at krysslisten slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter i databasen fjernes. Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.

Prosjektet er registrert i oversikten over tilrådinger og uttalelser til forskning og kvalitetsprosjekter som Personvernombudet fører for sykehuset. Oversikten er offentlig tilgjengelig.

Lykke til med prosjektet!

Med vennlig hilsen
for Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring

Line Mostad Samuelsen
Akershus universitetssykehus HF

Epost: forskning.personvern@ahus.no

Web: www.ahus.no

Dokumentet er signert elektronisk

Vedlegg 12

Personvernombudets tilrådning, fase 2

PERSONVERNOMBUDETS UTTALELSE

Til: Bengt Karlsson, Divisjon for psykisk helsevern,
Akershus Universitetssykehus HF

Kopi: Øystein Kjos, Divisjon for psykisk helsevern,
Akershus Universitetssykehus HF

Fra: Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring

Dato: 26.08.2019

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets tilråding til innsamling og
behandling av personopplysninger

Saksnummer/ 19/ 04093
Personvernnummer: 2019_30

Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger for prosjektet «Åpen dialog i nettverksmøter - et felles implementeringsprosjekt mellom Ahus, divisjon psykisk helsevern og kommunale psykiske helsetjenester»

Prosjektbeskrivelse:

Åpen dialog (ÅD) er en familieterapeutisk tilnærming som setter pasienten og dennes sosiale nettverk i fokus. ÅD fokuserer på betydningen av dialog som en felles prosess hvor deltakerne kan utvikle en felles meningsforståelse som grunnlag for terapeutisk endring. ÅD gjennomføres i nettverksmøter, hvor pasienten inviterer sitt sosiale nettverk til å delta sammen med helsepersonell. Pasienten, nettverket og helsepersonell bidrar som tre anerkjente og likeverdige kompetansesystemer som fokuserer på å identifisere aktuelle utfordringer og finne løsninger gjennom felles samtaler. ÅD anvendes i en rekke land over hele verden, og brukes også ved Ahus og i tilstøtende kommuner. Det er behov for mer forskning på hvordan tilnærmingen kan implementeres systematisk, hvorvidt helsepersonell erfarer og klarer å etterleve metodikken, samt pasienter og nettverkens erfaringer. Studiens mål: 1) Utvikle og implementere ÅD i nettverksmøter ved Avdeling Spesialpsykiatri, Follo DPS, Nedre Romerike DPS, Øvre Romerike DPS, Lørenskog kommune og Nes kommune 2) Undersøke, beskrive og systematisere helsepersonells erfaringer med hvordan det å delta i opplæringsprogrammet påvirker egen fagutvikling og kompetanse 3) Undersøke, beskrive og systematisere pasienters og deres sosiale nettverks erfaringer med å delta i ÅD i nettverksmøter.

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er personvernombudets tilråding av prosjektet.

Med hjemmel i forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel 37, er det oppnevnt personvernombud ved Akershus Universitetssykehus (Ahus).



Den behandlingsansvarlige skal sikre at personvernombudet på riktig måte og i rett tid involveres i alle spørsmål som gjelder vern av personopplysninger, jf. artikkel 38. Artikkel 30 pålegger Ahus å føre oversikt over hvilke behandlinger av personopplysninger virksomheten har. Behandling av personopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Før det foretas behandling av helseopplysninger, skal dataansvarlig rådføre seg med personvernombudet, jf. personopplysningsloven §§ 9 eller 10. Ved rådføringen skal det vurderes om behandling oppfyller kravene i personvernforordningen og øvrige bestemmelser fastsatt i eller med hjemmel i loven her. Rådføringsplikten gjelder likevel ikke dersom det er utført en vurdering av personvernkonsekvenser etter personvernforordningen artikkel 35.

Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Databehandlingsansvarlig er Ahus ved adm. dir.
2. Avdelingsleder og forskningsansvarlig i divisjonen/klinikken har godkjent gjennomføringen av prosjektet.
3. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
4. Data lagres som oppgitt i meldingen og det er i samsvar med sykehusets retningslinjer.
5. Kodeliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og oppbevares separat nedlåst på adgangsbegrenset rom ved den enkelte enhet 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
6. Hensynet til pasientens integritet og konfidensialitet synes tilfredsstillende ivarettatt.
7. Prosjektleder har vurdert behovet for personvernkonsekvensvurdering på bakgrunn av at det utelukkende vil gjennomføres skåring av påstander etter endte nettverksmøter. Dersom dette endrer seg, vil behov for gjennomføring av personvernkonsekvensvurdering vurderes på nytt.
8. Det vil ikke benyttes lydopptak i forbindelse med prosjektet.
9. Studien er frivillig og samtykkebasert. Vedlagte samtykke benyttes, inklusive markerte tillegg og endringer foretatt av personvernombudet:
 - Dersom prosjektleder ikke kan godtgjøre at opplysningene er anonyme, bør ordet anonymt slettes
 - Under del B endres dataansvarlig til å være Akershus Universitetssykehus ved administrerende direktør, og at det er prosjektleder som sørger for at gjennomføring av prosjektet skjer i innenfor rammene av personvernregelverket.
 - Det bør informeres hvorvidt opplysningene vil være knyttet til en kodeliste. Dersom deltagerne skal ha reell innsynsrett, vil dette trolig være en forutsetning.
 - Det informeres om rettslig grunnlag for databehandlingen.
 - Tidspunkt for sletting av data oppgis.
 - Revidert samtykke oversendes forskning.personvern@ahus.no til orientering.
10. Den behandlingsansvarlige har rådført seg med personvernombudet, jf. personopplysningsloven § 10.
11. Eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet før de tas i bruk.



12. Data slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt 31.12.2022 ved at krysslisten slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter i databasen fjernes. Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.

Prosjektet er registrert i oversikten over tilrådinger og uttalelser til forskning og kvalitetsprosjekter som Personvernombudet fører for sykehuset. Oversikten er offentlig tilgjengelig.

Lykke til med prosjektet!

Med vennlig hilsen
for Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring

Line Mostad Samuelsen
Jurist/ personvernrådgiver

Akershus universitetssykehus HF

Epost: fellesmail.personvernombud@ahus.no
Web: www.ahus.no

Dokumentet er signert elektronisk

Vedlegg 13

Personvernombudets tilrådning, fase 2, endringsmelding

PERSONVERNOMBUDETS UTTALELSE

Til: Bengt Karlsson, forsker
Spesialpsykiatri
Divisjon for psykisk helsevern
Akershus universitetssykehus HF

Kopi: Jean-Max Robasse, Avdelingsleder
Spesialpsykiatri
Divisjon for psykisk helsevern
Akershus universitetssykehus HF

Fra: Personvernombudet ved
Akershus universitetssykehus HF

Dato: 09.11.2021

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets uttalelse i forbindelse med
endringmelding.

Saksnummer/ 19/04093
Personvernnummer: 2018_132

**Personvernombudets uttalelse i forbindelse med endringsmelding i
prosjektet «Åpen dialog i nettverksmøter – Et felles
implementeringsprosjekt»**

Viser til innsendt endringsmelding i ovennevnte prosjekt. Det følgende er et formelt svar på meldingen. Endringene består i:

Endring av slettedato til 31.12.2025, med følgende begrunnelse:
«Dataene fra denne delen (2018_132) av studien «Åpen dialog i nettverksmøter» er analysert og publisert i en artikkel som vil inngå i en PhD. Slettedato ønskes utvidet til etter disputas for å sikre etterprøvhbarheten i det vitenskapelige arbeidet.»

Personvernombudet har ingen innvendinger til endringen da de ikke synes å innebære økt risiko for personvernet. Det forutsettes imidlertid at personvernet fortsatt ivaretas slik som beskrevet i opprinnelig uttalelse fra personvernombudet, inkludert endringsmeldinger og eventuell etterfølgende korrespondanse.

Med vennlig hilsen
for personvernombudet

Hans Tangen
Personvernråd giver/jurist
Akershus universitetssykehus HF

Epost: forskning.personvern@ahus.no
Web: www.ahus.no

Vedlegg 14

Informert samtykke, fase 1, opplæringsprogram

Forespørsel om deltakelse i evalueringsprosjektet: «Åpen Dialog - et samarbeidsprosjekt mellom Avdeling Spesialpsykiatri (ASP), Nedre Romerike DPS, Øvre Romerike DPS og Follo DPS».

Del A

Bakgrunn og hensikt

Denne forespørselen gjelder om din deltagelse i evalueringsprosjektet «Åpen Dialog - et samarbeidsprosjekt mellom Avdeling Spesialpsykiatri (ASP), Nedre Romerike DPS, Øvre Romerike DPS og Follo DPS». Hensikten er å utforske og evaluere hvordan du har opplevd og erfart å delta i opplæringsprogrammet knyttet til «Åpen dialog i nettverksmøter». Deltakere i undersøkelsen vil være fagpersoner som har deltatt i opplæringsprogrammet. Temaene i evalueringen vil rette seg mot hvordan dere har erfart og opplevd opplæringen og de ulike pedagogiske metodene som er blitt benyttet. Evalueringsarbeidet vil bli ledet fra Avdeling Spesialpsykiatri og vil ta utgangspunkt i analyse av data fra månedlige evalueringsskjemaer samt en spørreundersøkelse ved oppstart og ved avslutning av opplæringsprogrammet

Hva innebærer studien?

For å få belyst erfaringene med opplæringsprogrammet for «Åpen Dialog - et samarbeidsprosjekt mellom Avdeling Spesialpsykiatri (ASP), Nedre Romerike DPS, Øvre Romerike DPS og Follo DPS», ønsker vi at deltakerne fyller ut to faste evalueringsskjemaer ved de seks undervisningsdagens samt et spørreskjema ved oppstart den første dagen og et på avslutningsdagen. Tidsrommet for datainnsamlingen vil være fra 18.01.19. til og med 30.06.19. Dersom du godkjenner det, vil du bli invitert til å delta ved å fylle ut de nevnte skjemaer. Prosjektansvarlig for studien er Forsker Bengt Karlsson og Prosjekttrådgiver Ritva Jacobsen. Begge er ansatt ved Avdeling Spesialpsykiatri.

Hva skjer med informasjonen om deg

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven. Dette innebærer at forskerne vil ha taushetsplikt overfor alle personopplysninger som samles inn. Datamaterialet vil bli anonymisert og slettet når forskningsprosjektet er avsluttet, senest 31.12.2021. Forskningsresultatene vil bli publisert i nasjonale og internasjonale fagtidsskrifter og på fagkonferanser.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige deltakelse. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, eller generelt ønsker

mer informasjon om evalueringsprosjektet kan du kontakte Forsker Bengt Karlsson eller Prosjektrådgiver Ritva Jacobsen, Avdeling Spesialpsykiatri, tlf. 66 92 60 02 eller epost: bengt.karlsson@usn.no eller ritva.jacobsen@ahus.no

DEL B

Personvern

Informasjonen som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Akershus Universitetssykehus er databehandlingsansvarlig institusjon. Studien er meldt og tilrådet av Personvernombudet ved Akershus Universitetssykehus HF.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

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

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

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

Økonomi

Studien er finansiert av Avdeling Spesialpsykiatri, Akershus Universitetssykehus HF:

Informasjon om utfallet av studien

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

Dersom du ønsker å delta, ber vi deg om å underskrive samtykkeerklæringen og levere den i vedlagt konvolutt.

Skedsmokorset 01.02.18.

Vennlig hilsen

Bengt Karlsson
Forsker
Avdeling Spesialpsykiatri
Akershus Universitetssykehus

Ritva Jacobsen
Prosjektrådgiver
Avdeling Spesialpsykiatri
Akershus Universitetssykehus

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i evalueringsstudien «**Åpen Dialog - et samarbeidsprosjekt mellom Avdeling Spesialpsykiatri (ASP), Nedre Romerike DPS, Øvre Romerike DPS og Follo DPS**».

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato).

Vedlegg 15

Informert samtykke, fase 2

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet: «Åpen Dialog i nettverksmøter» - et samarbeidsprosjekt mellom Avdeling Spesialpsykiatri (ASP), Nedre Romerike DPS, Øvre Romerike DPS, Follo DPS, Nes kommune og Lørenskog kommune - Nettverksmøteledere.

Del A

Bakgrunn og hensikt

Denne forespørselen gjelder om din deltagelse i forskningsprosjektet «Åpen Dialog – i nettverksmøter». Det er et samarbeidsprosjekt mellom Avdeling Spesialpsykiatri (ASP), Nedre Romerike DPS, Øvre Romerike DPS, Follo DPS, Nes kommune og Lørenskog kommune. Hensikten er å utforske og evaluere hvordan du har opplevd og erfart å være nettverksmøteleder knyttet til «Åpen dialog i nettverksmøter». Deltakere i undersøkelsen vil være nettverksmøteledere som har deltatt i opplæringsprogrammet «Åpen dialog i nettverksmøter». Temaene i evalueringen vil rette seg mot hvordan dere erfarer og opplever det å være nettverksmøteledere. Forskningsarbeidet vil bli ledet fra Avdeling Spesialpsykiatri, Akershus Universitetssykehus og vil ta utgangspunkt i analyse av data fra evalueringsskjemaer brukt i nettverksmøtene samt et fokusgruppeintervju ved oppstart, midtveis og ved avslutning etter 18 måneder.

Hva innebærer studien?

For å få belyst erfaringene med å være nettverksmøteledere i «Åpen Dialog – i nettverksmøter», ønsker vi at nettverksmøtelederne fyller ut to faste evalueringsskjemaer i hvert møte. Disse skjemaene vil kobles til en kodeliste som gjør at det kun er forskerne som kan finne tilbake til deg. Når prosjektet er avsluttet skal kodelistene slettes. I tillegg ønsker vi å gjøre et fokusgruppeintervju ved oppstart, midtveis og et avslutningsvis. Det vil benyttes lydopptak i intervjuene. Lydopptakene vil oppbevares utilgjengelig for alle andre enn forskerne. Dataene fra intervjuene vil bli anonymisert i analyseprosessen slik at ingen kan finne tilbake til deg. Tidsrommet for datainnsamlingen vil være fra 01.09.19. til og med 01.06.21. Dersom du godkjenner det, vil du bli invitert til å delta ved å fylle ut de nevnte skjemaer. Prosjektansvarlig for studien er Forsker Bengt Karlsson og Prosjektrådgiver Ritva Jacobsen. Begge er ansatt ved Avdeling Spesialpsykiatri, Akershus Universitetssykehus, HF.

Hva skjer med informasjonen om deg

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven. Dette innebærer at forskerne vil ha taushetsplikt overfor alle personopplysninger som samles inn. Datamaterialet vil bli anonymisert og slettet når forskningsprosjektet er avsluttet, senest 31.12.2022. Forskningsresultatene vil bli publisert i nasjonale og internasjonale fagtidsskrifter og på fagkonferanser.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige deltakelse. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, eller generelt ønsker mer informasjon om evalueringsprosjektet kan du kontakte Forsker Bengt Karlsson eller Prosjektrådgiver Ritva Jacobsen, Avdeling Spesialpsykiatri, tlf. 66 92 60 02 eller epost: bengt.karlsson@usn.no eller ritva.jacobsen@ahus.no

DEL B

Personvern

Informasjonen som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenne opplysninger. Administrerende direktør er databehandlingsansvarlig. Studien er meldt og godkjent av Personvernombudet ved Akershus Universitetssykehus HF.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

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

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

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

Økonomi

Studien er finansiert av Akershus Universitetssykehus HF.

Informasjon om utfallet av studien

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

Dersom du ønsker å delta, ber vi deg om å underskrive samtykkeerklæringen og levere den i vedlagt konvolutt.

Skedsmokorset 01.08.19.

Vennlig hilsen

Forsker Bengt Karlsson
Avdeling Spesialpsykiatri
Akershus Universitetssykehus

Forsker/ Prosjektrådgiver Ritva Jacobsen
Avdeling Spesialpsykiatri
Akershus Universitetssykehus

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i forskningsstudien «Åpen Dialog – i nettverksmøter» - et samarbeidsprosjekt mellom Avdeling Spesialpsykiatri (ASP), Nedre Romerike DPS, Øvre Romerike DPS og Follo DPS, Nes kommune og Lørenskog kommune».

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato).

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet: «Åpen Dialog i nettverksmøter» - et samarbeidsprosjekt mellom Avdeling Spesialpsykiatri (ASP), Nedre Romerike DPS, Øvre Romerike DPS, Follo DPS, Nes kommune og Lørenskog kommune – pasienter/ brukere, pårørende/ sosialt nettverk og fagpersoner/ profesjonelt nettverk.

Del A

Bakgrunn og hensikt

Denne forespørselen gjelder om din deltagelse i forskningsprosjektet «Åpen Dialog – i nettverksmøter». Det er et samarbeidsprosjekt mellom Avdeling Spesialpsykiatri (ASP), Nedre Romerike DPS, Øvre Romerike DPS, Follo DPS, Nes kommune og Lørenskog kommune. Hensikten er å utforske og evaluere hvordan pasienter/ brukere, pårørende/ sosialt nettverk, fagpersoner/ profesjonelt nettverk har opplevd og erfart å være deltakere i nettverksmøter knyttet til «Åpen dialog i nettverksmøter». Deltakere i undersøkelsen vil være pasienter/ brukere, pårørende/ sosialt nettverk og fagpersoner/ profesjonelt nettverk som har deltatt i nettverksmøter. Temaene i evalueringen vil rette seg mot hvordan pasienter/ brukere, pårørende/ sosialt nettverk, fagpersoner/ profesjonelt nettverk erfarer og opplever det å være deltakere i møtet. Forskningsarbeidet vil bli ledet fra Avdeling Spesialpsykiatri, Akershus Universitetssykehus og vil ta utgangspunkt i analyse av data fra evalueringsskjemaer brukt i nettverksmøtene.

Hva innebærer studien?

For å få belyst erfaringene med å være deltakende pasient/ bruker, pårørende/ sosialt nettverk, fagperson/ profesjonelt nettverk i nettverksmøter knyttet til «Åpen Dialog – i nettverksmøter», ønsker vi at deltakere i nettverksmøter fyller ut et fast evalueringsskjema i hvert møte. Ingen personopplysninger skal registreres i dette skjema, så tilbakemeldingene dine vil være anonyme. Tidsrommet for datainnsamlingen vil være fra 01.09.19. til og med 01.06.21.

Dersom du godkjenner det, vil du bli invitert til å delta ved å fylle ut de nevnte skjemaer.

Prosjektansvarlig for studien er Forsker Bengt Karlsson og Prosjektrådgiver Ritva Jacobsen.

Begge er ansatt ved Avdeling Spesialpsykiatri, Akershus Universitetssykehus, HF.

Hva skjer med informasjonen om deg

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven.

Dette innebærer at forskerne vil ha taushetsplikt overfor alle opplysninger som samles inn.

Datamaterialet vil bli slettet når forskningsprosjektet er avsluttet, senest 31.12.2022.

Forskningsresultatene vil bli publisert i nasjonale og internasjonale fagtidsskrifter og på fagkonferanser.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige deltakelse. Skjemaer som du allerede har fylt ut og innlevert til forskerne er ikke mulig å slette om du senere skulle trekke deg fra studien. Dette fordi skjemaene du allerede har levert fra deg ikke inneholder noen personopplysninger som gjør det mulig å identifisere og finne tilbake til dine skjemaer. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, eller generelt ønsker mer informasjon om evalueringsprosjektet kan du kontakte Forsker Bengt Karlsson eller Prosjektrådgiver Ritva Jacobsen, Avdeling Spesialpsykiatri, tlf. 66 92 60 02 eller epost:

bengt.karlsson@usn.no eller ritva.jacobsen@ahus.no

DEL B

Personvern

Informasjonen som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt. Administrerende direktør er databehandlingsansvarlig. Studien er meldt og godkjent av Personvernombudet ved Akershus Universitetssykehus HF.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

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

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg.

Økonomi

Studien er finansiert av Akershus Universitetssykehus HF.

Informasjon om utfallet av studien

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

Dersom du ønsker å delta, ber vi deg om å underskrive samtykkeerklæringen og levere den i vedlagt konvolutt.

Skedsmokorset 01.08.19.

Vennlig hilsen

Bengt Karlsson

Forsker

Avdeling Spesialpsykiatri

Akershus Universitetssykehus

Ritva Jacobsen

Forsker, Prosjektrådgiver

Avdeling Spesialpsykiatri

Akershus Universitetssykehus

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i forskningsstudien «Åpen Dialog – i nettverksmøter» - et samarbeidsprosjekt mellom Avdeling Spesialpsykiatri (ASP), Nedre Romerike DPS, Øvre Romerike DPS og Follo DPS, Nes kommune og Lørenskog kommune».

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato).

Artikkelsamling (I- III)

I

Open Dialogue approach: Exploring and describing Participants' experiences in an open dialogue training program

Av

Ritva Kyrrø Jacobsen, Ellen Karine Grov, Tiril Østefjells, & Bengt Karlsson
(2021)

Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 59(5), 38-47
DOI: <https://doi.org/10.3928/02793695-20210107-03>

Open Dialogue Approach

Exploring and Describing Participants' Experiences in an Open Dialogue Training Program

Ritva Kyrrø Jacobsen, MSc, RN; Ellen Karine Grov, PhD, MScN, RN; Tiril Østefjells, PhD; and Bengt Karlsson, PhD, MSc, RN

ABSTRACT

Open dialogue (OD) is a family-oriented approach that has demonstrated good outcomes in treatment of first-episode psychosis. OD focuses on communication as a joint process of constructing meaning among patients, their social networks, and professionals. The current study investigates how 42 participants experienced a training program in OD. The study comprises a cohort with a longitudinal design. Data were collected by means of semi-structured questionnaires and contained quantitative and qualitative data. Descriptive analysis was performed to analyze quantitative data and thematic analysis for qualitative data. Findings show that participants' learning outcomes and confidence with using OD with patients, social networks, and professionals increased significantly throughout the training program. Reflection and role play were essential learning methods. Participants defined themselves as in-progress and considered the training program educational, engaging, and varied. Three main themes arose from the data: *Developing an OD Training Program*, *Competence Development "From Novice to Expert,"* and *Participation and Commitments*. [*Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 59(5), 38-47.]

Open dialogue (OD) is a family-oriented, early intervention approach that has demonstrated good outcomes in the treatment of first-episode psychosis (Aaltonen et al., 2011; Bergstrøm et al., 2017; Seikkula et al., 2006; Seikkula et al., 2011). The first OD approach appeared in Western Lapland, Finland, with the primary goal to create a comprehensive, psychotherapeutically oriented model of treatment within the public mental health sector to address the real and changing needs of first-contact schizophrenia patients and their families (Aaltonen et al., 2011). The principles of OD are now incorporated in all psychiatric treatment in the region, regardless of diagnoses (Seikkula, 2003). The OD approach eases the accessibility of mental health services by creating a low-threshold and family-oriented treatment system that promotes reciprocal OD among patients, their social networks, and mental health workers (Seikkula et al., 2006). In companion, these individuals create a forum where meanings of experience and identity are constructed, understood, and negotiated through dialogue to gain a joint understanding about individuals' experiences during episodes of psychotic symptoms (Seikkula & Arnkil, 2013). The group of professionals participating is responsible

Ms. Jacobsen is PhD Candidate, Dr. Østefjells is Clinical Psychologist and Researcher, and Dr. Karlsson is Professor, Department of Specialized Inpatient Treatment, Division of Mental Health Care, Akershus University Hospital, Lørenskog, Norway; and Dr. Grov is Professor and Head of the PhD Program in Health Sciences, Department of Health Sciences, Oslo Metropolitan University, Oslo, Norway. Dr. Østefjells is also Clinical Psychologist and Researcher, Department of Child and Adolescent Mental Health, Akershus University Hospital, Lørenskog, Norway; and Dr. Karlsson is also Department Head, Center for Mental Health and Substance Abuse, Department of Health, Social and Welfare Studies, Faculty of Health and Social Sciences, University of Southeast Norway, Drammen, Norway.

Disclosure: The authors have disclosed no potential conflicts of interest, financial or otherwise.

© 2021 Jacobsen, Grov, Østefjells, & Karlsson; licensee SLACK Incorporated. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>). This license allows users to copy and distribute, to remix, transform, and build upon the article non-commercially, provided the author is attributed and the new work is non-commercial.

Address correspondence to Ritva Kyrrø Jacobsen, MSc, RN, PhD Candidate, Department of Specialized Inpatient Treatment, Division of Mental Health Care, Akershus University Hospital, 1478, Lørenskog, Norway; email: ritva.jacobsen@ahus.no/ritva@live.no.

Received: July 14, 2020

Accepted: September 16, 2020

doi:10.3928/02793695-20210107-03

for the entire treatment process, and work with patients in inpatient and outpatient settings (Seikkula, 2003). Studies evaluating OD indicate that the total recovery rates are better than those with treatment-as-usual (Aaltonen et al., 2011; Bergström et al., 2017; Gordon et al., 2016; Seikkula et al., 2006; Seikkula et al., 2011).

Over the past 4 decades, OD has evolved into a social movement, enlightening and providing alternatives to conventional psychiatric treatment, and has been adopted in several places other than the origin sites in Finland (Buus et al., 2017). In Denmark, a retrospective register-based cohort study was conducted where researchers compared a group of youth treated with OD and youth offered treatment-as-usual. OD was significantly associated with reduced risks of using health care services (Buus et al., 2019). An English randomized controlled study is ongoing and examines professionals training in OD compared to professionals learning treatment-as-usual (Razzaque & Stockmann, 2016). OD is practiced in various regions/counties around the world, such as Scandinavia, Germany, the Netherlands, Austria, the United Kingdom, the United States, Australia, and Japan (von Peter et al., 2019).

What these countries have in common is empowering all users in processes making research and clinical performance relevant, particularly individuals in need of health care services (Crowe et al., 2015). However, OD's practical implementation has only been investigated to a limited degree (Buus et al., 2017; Schubert et al., 2020). According to Buus et al. (2017), studies focusing on implementation imply that the approach often generates resistance from practitioners, whose positions were challenged in different ways. A study from Australia sheds light on how psychologists and psychiatrists working with young people construct their professional identities through

othering themselves from dominant professional paradigms or discourses (Schubert et al., 2020).

Over the past 20 years, Norway has seen an increase in the development and implementation of practices inspired by OD (Bøe, 2016; Brottveit, 2013; Holmesland, 2015; Jacobsen et al., 2018; Lidbom et al., 2014, 2015; Ulland et al., 2013). These studies have shown that changes can develop on individual and organizational levels during the implementation of new mental health practices; however, more research is required. We therefore established a research cooperation across different units of public mental health care in Akershus University Hospital and its catchment area and formed a research study where the OD approach was offered as a training program to a group of professionals to examine how their OD practice evolved over time.

Few studies have documented psychotherapy training programs, but according to Ditton-Phare et al. (2017), the heterogeneity of communication skills training is a barrier to evaluating the efficacy of different training programs. They recommend studies examining specific models and frameworks, which can advise support and stronger evidence base for communication skills training in psychiatry. There are some studies describing professionals' experiences with the implementation process of OD (Aaltonen et al., 2011; Bergström et al., 2017; Buus et al., 2017; Florence et al., 2020; Hopper et al., 2020; Schubert et al., 2020; Seikkula et al., 2006; Seikkula et al., 2011; Ulland et al., 2013), but as far as we know, no studies have described participants' experiences with an OD training program. Therefore, the current article aims to explore and describe participants' experiences in an OD training program. Research questions included: (1) How do participants experience the content and structure of the OD training program?; (2) Are there any differences between participants' ratings from the first to the final training day?; and (3) How do par-

ticipants describe their experiences of learning outcomes and evaluation of the training program?

METHOD

Design

The current study is an explorative cohort study with a longitudinal design (Kvale & Brinkmann, 2015).

Study Context

We followed 40 professionals and two user representatives participating in an OD training program. The training program was conducted over a 6-month period, from January to June 2019, and consisted of 6 days/42 hours in total. The training program was designed as a mixed variation of classroom teaching, training skills with supervision, reflections in small groups, and plenum discussions. The program intended to stimulate participants to interact with each other and create good learning processes (e.g., by training together). The program encompassed learning core techniques and principles in OD. OD skills training was based on the 12 fidelity criteria (Olson et al., 2014) and key markers (Eiterå et al., 2014). Some skills and principles that were focused on in the training program were reflective conversation, active listening, listening without agenda, managing own uncertainty, refraining from coming up with solutions, and inviting all voices to be heard in the network meeting. This structure was chosen to make participants capable of leading network meetings. The training program followed the three fundamental outcomes in learning processes highlighted in the National Qualifications Framework for Lifelong Learning: knowledge, skills, and competence (European Communities, 2008). We chose reflection and mastery as components to operationalize the content of the term "competence."

Recruitment/Selection

Unit leaders informed staff about the study. Participation was voluntary. Those with interest in participating

TABLE 1**PARTICIPANT CHARACTERISTICS (N = 37)**

Characteristic	n
Nurse	17
Social worker	8
Psychologist	4
Physician	3
Patient/family representative	2
Other	3

were asked to contact the project member located in the unit for more information and registration. The maximum number of participants was capped at 45 to give participants the possibility of a proper and interactive training program. Forty-two participants joined the training program and all agreed to participate in the study.

Data Collection

Data were collected by use of semi-standardized questionnaires, which contained quantitative and qualitative data. Participants completed a questionnaire in the beginning and at the end of the training program (i.e., the first and final training day). The questionnaire included sociodemographic items, including age group (20 to 30, 30 to 40, 40 to 50, or ≥ 50), gender, profession, and educational level. Participants were asked to complete Likert scale ratings of whether their workplace facilitated their participation, and to what degree OD was perceived useful by their leaders, their colleagues, and themselves (ratings ranged from 1 = *completely disagree* to 5 = *completely agree*). With the same scoring structure, participants rated their confidence in how to work with OD with patients, their families, and other professionals. At the end of each training day, participants were given two questionnaires. One questionnaire re-

lated to learning outcomes as measured in the categories of knowledge, reflection, skills, and mastery (numeric rating scales [10 cm] with opposing anchor statements; correct – incorrect), and the second questionnaire related to participants' evaluations of the day measured with four statements: "I was understood and respected"; "I found the topics interesting"; "The training program had a form that suited me"; and "The training program was useful to me" (numeric rating scales [10 cm] from "No, to a small extent" to "Yes, to a large extent"). Questionnaires were designed so that participants had the possibility to add freely worded comments and descriptions to their ratings.

Data Analysis

Quantitative data were analyzed using IBM SPSS version 25, using 0.05 as alpha level for all analyses. Data were not normally distributed (all Kolmogorov-Smirnov tests $p < 0.005$), and pre- to post-training program outcome measures were therefore compared using related-samples Wilcoxon signed rank test (Field, 2013). Missing responses were excluded from analyses. Qualitative data were analyzed and systematized using thematic analysis as outlined by Braun and Clarke (2006). Qualitative data were participants' freely worded descriptions in the pre-named categories "Learning Outcome" and "Evaluation" in the questionnaires. The first and last authors (R.K.J., B.K.) read each transcript to familiarize themselves with the dataset. Both researchers completed an initial coding and searched for themes based on this coding before reviewing the themes together to ensure their alignment. The first author then defined and labeled the themes and wrote the report before a final review by both researchers.

Ethical Considerations

On behalf of The Norwegian Social Science Data Services, the Data Protection Officer at the Hospital approved the study. The Regional Ethical Com-

mittee considered the study to be outside their domain. Participants received written and oral information about the study prior to participating and provided written consent before completing questionnaires. Risk and opportunity analyses were performed, and questionnaires were collected and stored in accordance with the Data Protection Officer's instructions. In consideration of confidentiality, identifying characteristics were changed and de-identified.

RESULTS

Participants

A total of 40 professionals and two patient and family representatives attended the training program. No days were full. Participation for the six training days ranged from 24 to 37 of the expected 42 participants. Absence from the training program was reported as illness, work pressure, vacation, and early leavers (the questionnaire was circulated at the end of the day). One participant reported leaving their job and therefore dropped out of the training program. Pre-training measures were based on questionnaires completed after the first training day ($N = 37$), and post-training assessment was completed after the sixth and final training day ($N = 28$).

Participants in the study were predominantly women (40 of 42), and mostly ≥ 50 years of age (range = 20 to 79 years). A majority had a 3-year health care-related degree and additional formalized professional training beyond the original degree. **Table 1** presents participants' characteristics.

Three of 37 participants reported no previous knowledge of the OD approach. A total of 22 participants reported that they had need of the training program, 12 reported that they needed the training program to some degree, two to a small degree, and one reported no need at all. When participants were asked who recruited them into the study, 26 answered the leaders, three answered themselves, and eight answered other people (i.e., colleagues). Compar-

ing pre- and post-training respondents, post-training respondents were significantly younger (median ages between 40 and 50 and ≥ 50 years [$p < 0.05$]), and they held higher formal education (median Master's degree, $p < 0.001$) than pre-training respondents.

Quantitative Findings Related to Confidence Working With Open Dialogue Level

Levels of perceived practical support from leaders to take part in the training program, and perceived use of the training by leaders, colleagues, and participants themselves did not differ significantly between pre- and post-respondents (all comparisons $p > 0.05$). However, when it came to participants' perceptions of "how their leaders can utilize what they have learned," results showed that the threshold value tended toward significance where the median decreased from 5 to 4 ($p < 0.05$). This finding could, with increased sample and the same trend (type II error), indicate that leaders' use of their learning skills decreases from the first to the final day of training.

Figure 1 shows changes in participants' self-reported confidence levels related to working with OD with patients, families, and other professionals from the first to the final day of training. The scoring range on "feeling more confident in working with OD with users" increased from 3 to 5 ($p < 0.02$), representing improvement for this part of the course from the first to the final day. The same pattern is shown for "feeling more confident in working with OD with relatives" and "feeling more confident in working with OD with other professionals," revealing significant improvement from the first to the final training day ($p < 0.001$).

Quantitative Findings Related to Learning Outcomes and Evaluation

Figure 2 shows changes in learning outcomes from the first to the final training day. The sixth day prepared for the next phase in the project, and focused on other topics than the days

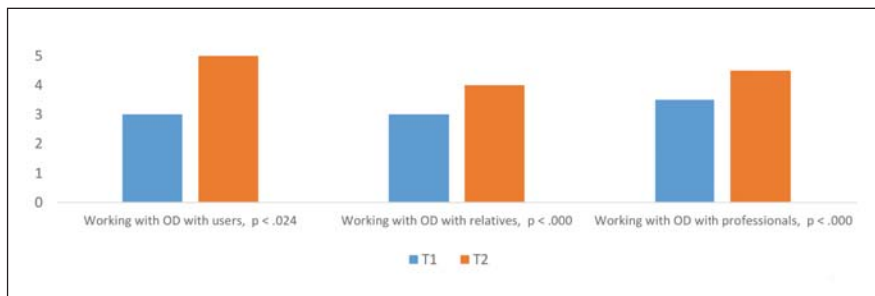


Figure 1. Participants' changes in confidence practicing the open dialogue (OD) approach.

Note. T1 = first training day; T2 = final training day.



Figure 2. Changes in learning outcomes from the first (T1) to the final (T2) training day.

before, and therefore, learning outcomes were assessed the sixth day and data from the fifth day were used to calculate learning outcomes at the final training day. The scoring range for knowledge increased from the first to the final training day: median 6.5 to 8.0 ($p < 0.01$), interpreted as knowledge improvement from participating in the course. The same pattern is shown for reflection, skills, and mastery, with significant improvement from the first to the final training day ($p < 0.001$).

Levels of participants' scores (numeric rating scales [10 cm]) in evaluating the contents of the training program were high throughout all 6 days. For "I was understood and respected," the median was 9 for all 6 days; for "I found the topics interesting," the median was, from Day 1 to 6, respectively: 8, 8, 8.5, 8, 8, 9; for "The training program had a form that suited me," the median was, from Day 1 to 6, respectively: 9, 8, 9, 9, 9, 9; and for "The training program

was useful to me," the median was, from Day 1 to 6, respectively: 9, 9, 9, 9, 8, 9.

Qualitative Findings Related to Learning Outcomes and Evaluation of the Training Program

Qualitative findings were systematized in the pre-named themes in the questionnaire: *Learning Outcomes and Evaluation*.

Learning Outcomes. This theme is presented in two subgroups that evolved through thematic analysis: (1) reflection and role play gives learning outcomes, and (2) in process. **Table 2** provides an example of the thematic analysis process.

Reflection and Role Play Gives Learning Outcomes. Participants highlighted reflection and role play as crucial learning methods. Through the reflection settings in the training program, participants learned reflection skills, which are important for practicing as network leaders. Reflection sessions en-

TABLE 2**EXAMPLE OF THE THEMATIC ANALYSIS PROCESS**

Pre-Named Category	Theme	Condensate	Summary
Learning outcomes	Reflection and role play give learning outcomes	Reflection and role play are crucial learning methods. Through reflection, we learn skills, which are important in practicing as network leaders. Reflection sessions enable us to consider ethical dilemmas, cases from practice, theoretical themes, and network meetings. Role play is a learning arena where we learn how to facilitate network meetings as network leaders.	Reflection and role play as teaching methods throughout the training program give learning outcomes

abled participants to consider ethical dilemmas, cases from practice, theoretical themes, and the network meeting itself. One participant wrote: "It is good with reflection around different aspects of the network meetings, such as difficulties, roles, and expectations in the meeting." Another participant wrote: "The session after the role play today, where we defined and reflected over what the reflection is and stands for, was very good and educational." Participants wrote that role play in network meetings was an area where they could learn to facilitate network meetings as network leaders. One participant wrote: "The role play gave high learning outcomes." Another participant wrote: "It's a lot of learning outcomes in role playing network meetings." One participant highlighted the role playing but commented that role play in smaller groups could be better for those who struggled with role play in plenum. The participant added that several role play sessions at the same time would facilitate choices of practical training in OD skills. One participant enjoyed role playing that was based on cases from reality.

In Process. During the program, participants acquired insight and understood more of the OD approach. Participants experienced development and progress in OD skills, such as being in a process. Participants became more confi-

dent in using the approach. One participant described: "I experienced greater understanding of what this is all about. A lot is falling into place." Some participants wrote about increased motivation for working with the OD approach. One participant, who had competence in OD from earlier practice, wrote about gaining new motivation for the approach through participating in the training program, for example: "I love listening to my inner dialogue when learning." Another participant wrote: "It has been a process-learning séance through the whole period of the training program."

Evaluation. This theme is presented in two subgroups that evolved through thematic analysis: (1) educational, and (2) engaging and variety.

Educational. Participants found role playing useful and educational because it gave them training in concretization of OD skills. Some participants wrote that they found role play challenging because they did not like to play roles, but understood the usefulness of it. Participants appreciated the opportunity of practicing OD skills through case training as it could be part of a treatment session. One participant wrote: "I liked the practical training sessions on the training days." Participants described reflection sessions as educational. Ethical dilemmas were relevant for participants to reflect on because these dilemmas

made them understand how to better approach patients and their social networks in a different way. Reflection sessions were presented as a major theme in learning OD skills. Some participants expressed that they wanted more training in network meetings and OD skills. One participant wrote: "I want more focus on the dialogue in network meetings." Another participant wrote: "...appreciated educational days with practical training in combination with reflection and tuition."

Engaging and Variety. Participants found the training program useful, engaging, and well composed. Participants were satisfied with the variation of the learning methods and highlighted the interaction with other participants as inspiring and engaging. One participant wrote: "Very helpful to hear about others' experiences with the approach." Another participant wrote: "There is always a lot to learn, reflect on, and have a conversation about." Participants described their new understanding of how OD can be a useful tool in the treatment process. One participant wrote that the training program was engaging and clarifying. Another wrote: "For each training day I become more and more convinced that OD is a useful approach for the patients and their social network." Another wrote: "A lot of different aspects in network meetings

[are] brought up during the training program.” Feedback such as “great,” “nice day,” “good and open,” and “engaging” appeared in the text. Some participants found it challenging that other participants had different starting points in the OD approach, creating the possibility of misunderstandings. Some participants described concerns of other participants that they assumed could not grasp what the project leaders talked about. They were worried about participants with the least knowledge. Could these participants miss the message of the learning process? Yet, no participants actualized this matter in written feedback.

DISCUSSION

The aim of the current study was to explore and describe participants’ experiences with the training program “Open Dialogue in Network Meetings.” In the following section we will discuss three main themes related to our research questions and findings: (a) *Developing an OD Training Program*, (b) *Competence Development “From Novice to Expert,”* and (c) *Participation and Commitments*.

Developing an OD Training Program

There are no standardized programs or manuals that describe how to conduct a training program in OD and this might be a challenge to those trying to implement the OD approach (Florence et al., 2020). Despite this challenge, local implementation practices have been developed in different contexts around the world (Buus et al., 2017). Some efforts in standardizing the approach have been made. In Norway, Vigrestad and Hellandshølen (2012) have written a book on how to conduct network meetings based on their own experiences with practicing OD in network meetings. Olson et al. (2014) presented 12 fidelity criteria for practicing OD. Unlike findings from the Collaborative Network Approach (CNA) study and Parachute projects, in which the authors pointed to a resistance of the OD model to fidelity criteria and standardization (Florence et al., 2020; Hopper et al.,

2020), participants in our study found the 12 fidelity criteria to be helpful elements in the training program. Together with the key markers developed by Eiterå et al. (2014), these “manuals” helped participants get a grip on the OD approach.

Our training program was designed as a dialogical program, expecting and motivating for dialogical processes and interactions between participants. This process contradicts a set standard, manual-based program. Our findings show that participants found the training program interesting, useful, and suitable. These findings may indicate that the construction of the conducted training program was successful. The essence of a dialogical approach, with its lack of set standard manuals, might prevent high-level comparisons. According to Buus et al. (2017), most of the fidelity criteria constructed for OD were not designed in such a way that they could be used in standardized measurements. Seikkula and Arnkil (2013) point out that context is an important factor in research studies, as does the CNA study (Florence et al., 2020) and the Parachute project (Hopper et al., 2020). Implementation science in general shows that implementation projects are most effective when tailoring a program fit for the exact context (Flottorp & Aakhus, 2013). This tailoring supports the variation of learning programs in OD around the world. Buus et al.’s (2017) scoping review indicates that it is challenging to adopt and implement OD, and suggests that OD teaching, training, and supervision need to be carefully planned and be protected as intrinsic to the approach. These findings coincide with our project, where the importance of training and supervision as a major part of our training program were highlighted. Participants in our study also pointed out the importance of training sessions.

The training program in the CNA study (Florence et al., 2020), and the Parachute project (Hopper et al., 2020) included experienced trainers from Europe, which was deemed necessary but

costly. Our hospital and surrounding municipalities have invested in educational OD courses for decades, but participation has been limited by costs. Still, because of years of sending professionals to external courses, we have gained some experienced and competent professionals using OD. Therefore, we invited local forces to conduct our training program as an attempt to train more professionals in OD at a lower cost. Our findings show promising results in this regard.

Competence Development “From Novice to Expert”

Data show that participants’ confidence in working with OD and their learning outcomes increased significantly during the training program. This result implies that most participants needed the training program. Implementation of OD was described as an ongoing process in the CNA study (Florence, 2020). This description corresponds well with findings from our study in which professionals described themselves as in process. This ongoing process, from novice to expert, was first studied and described by Benner (1984). Her research, based on Dryfus and Dryfus’ model of skill acquisition, revealed that students pass through five levels of proficiency: novice, advanced beginner, competent, proficient, and expert (Benner, 1982). Although our conducted training program lasted for only 6 days, competence increased significantly. This increase may have been possible because there were no real novices among participants in our training program. Most participants were professionals with several years of practice. Our findings show that the median age of participants was between 40 and 50 and ≥ 50 years at post-training and the median educational level was Master’s degree. The OD approach is a new therapeutic approach, but participants in the current study had previous therapeutic skills, which enabled them to understand and incorporate OD skills faster than actual novices. According to Benner (1982), advanced beginners

have coped with enough real situations to note the recurrent meaningful situational components or aspects. Participants' former education and practice might classify them as advanced beginners, competent professionals, or proficient practitioners (Benner, 1982), and a reason for increased competence through our relatively compressed training program. Although the training program shows improved skills, the findings show that participants still need more training. Participants are joining a learning process, which is still progressing after the training program has been completed. Twamley et al. (2020) found that the importance of ongoing training and supervision for practitioners was strongly endorsed, a finding supported by our study.

Participants with different levels of preexisting OD skills enrolling in the same training program could have differing learning needs; however, this might also provide a beneficial learning process for everyone. Novices will learn by watching and simulating cases with more experienced participants, whereas experienced participants can learn through novices' questions about the approach, which enables even the most skilled participants to learn something new. One of the success factors of implementation is learning from peers, as a colleague (Flottorp & Aakhus, 2013). In our study, the significant increase in median scores confirms this idea, and may indicate that all participants improved and moved closer to a more expert level. We had no indication of drop out during the training program; however, several participants were absent the last day of training. Attendance might represent a challenge when evaluating a compressed and demanding program at the end of the last day. Our findings show that post-training participants were significantly younger and more highly educated than pre-training participants. This finding might be a coincidence, or it may indicate that less educated participants skipped the last session or the last training day, whereas the highly ed-

ucated attended. An explanation could be that highly educated personnel appreciated the challenging and intensive training program and therefore wanted to complete the whole program.

Participants highlighted role play as an important learning method, which is a demanding approach where previous clinical experience and/or higher education might be an advantage. Role play or simulation training are well known methods for building competence (Motola et al., 2013). Role play provided participants in our training program with confidence to test their skills in their own work setting. Simulating cases provides the courage to seek situations in practice (Valen et al., 2019). Findings also show that training in core/key principles was highlighted by participants, which corresponds with research from the United Kingdom showing that OD principles may offer a useful framework to develop services in a clinically meaningful way (Razzaque & Wood, 2015). Buus et al. (2017) point to a resistance of the OD model to fidelity criteria and standardization. This resistance was also the case in the CNA project (Florence et al., 2020), where fidelity was seen as a barrier to a more organic process of incorporating the CNA into day-to-day work in the agencies. This was not the case in our study. Participants pointed out the importance of fidelity criteria as a manual to understand what the OD approach contained. This view may change when participants increase their OD skills and become more highly trained practitioners. Disentangling from a manual might be easier when individuals are more experienced (Benner, 1982).

According to our findings, many participants highlighted reflective skills as important to the OD practice, and they found it to be the most difficult skill to acquire. Other studies show that professionals find it challenging to adapt to the expert role and establish a new type of expertise (Buus et al., 2017; Jacobsen et al., 2018). Reflective conversations

between network leaders are important in network meetings, according to Seikkula and Arnkil (2013). It is professionals' opportunity to contribute their expertise to hopefully move patients and their social network to new understandings or new solutions of the problems occurred through mental crises (Seikkula et al., 2006). Reflective conversations lead to better professional practice compared with the usual treatment approaches in mental health services, and a new way of practicing professional expertise. This may be the cause of participants' uncertainty about how to manage reflective conversations (Seikkula & Arnkil, 2007). The findings of our study show that reflection skills increased throughout the training program. However, participants were still in need of more training in reflective conversation at the end of the training program, indicating that this is a demanding process.

Participation and Commitment

Although the training program was approved by leaders of the participating departments, participants varied in presence throughout the training program. Other studies also describe difficulties in conducting training days or sessions. Florence et al. (2020) describe difficulties such as finding time for staff to be trained and receiving approval from managers to participate. Turnover was also a challenge. Hopper et al. (2020) describe difficulties in turnover and institutional cooperation. They point out that transitioning counterhegemonic innovation from a curiosity to a contender requires political organization, which could parallel the commitment in the current project. Leaders are committed by their signatures, but how do they commit their departments and the leaders who are responsible for the professionals in their daily work? Based on knowledge from implementation strategies (Flottorp et al., 2013), the project group suggested supervision groups for leaders similar to professionals' supervision groups to commit leaders and provide them a better understanding of the OD approach. This

idea was overruled by leaders, who argued that leaders had no time to participate in the implementation process. As a result, the commitment from management might have been lacking throughout the training program.

Our findings show decreased belief in leaders' perceived utility of participants' use of the training program (ratings decreased from the first to the final training day). The interpretation of this finding is difficult; however, one explanation might point toward participants' individual feelings of bearing the responsibility of the implementation themselves. Implementation of new approaches has advantages when anchored to leadership as well as staff. With lack of support from their leaders, implementation depends on an individual, which might be a difficult and lonely journey. Commitment from management was found to be crucial in the implementation of OD in the CNA study and the Parachute project (Florence et al., 2020; Hopper et al., 2020). However, commitment from each participant can also be investigated. Findings show that some participants did not know a lot about the approach before participating and might not have understood what they signed up for. Some participants reported no need of the training program. Although findings show that participants were satisfied with the content of the training program, there might be less positivity among participants who did not answer the questionnaires. These participants may have been less committed to participate and thus prioritized accordingly in disfavor of the training program. Rapid recruitment of professionals without assuring real commitment to the study might therefore be a present bias.

Flottorp and Aakhus (2013) point out the importance of incentives and recourses in an implementation process. Joining the implementation process actively could be a solution to help leaders encourage professionals to commit to the implementation of OD and the training program throughout the implementation period. One study

notes: "Family work can only be implemented if this is considered a shared goal of all members of a clinical team and mental health service, including the leaders of the organization" (Eassom et al., 2014, p. 1). We experienced, during the training program, that obstacles in committing professionals to participate are multifactorial; leaders have to clarify professionals' interest in participating in a training program, and they have to make it possible to participate; working shifts have to be taken into account, and someone must take over professionals' urgent tasks. Without a strong commitment to implementing OD, the implementation will be difficult to manage. Generating dialogical practice requires shared understanding of OD and collaboration between professionals and among leaders (Ulland et al., 2013).

STRENGTHS AND LIMITATIONS

The current study was the first to explore and describe participants' experiences with a training program in OD. The use of multi-methods (i.e., qualitative and quantitative approaches) allowed rich details in participants' experiences with the training program. A strong level of user involvement from the beginning and throughout the training program strengthens the study. The evaluation questionnaire was made particularly for this study and had no psychometric evaluation, which is a weakness. However, connecting the overall topics in the questionnaire to the international framework of learning (European Communities, 2008) is a strength. Collecting data on a group level provides knowledge on participants' experiences with the OD training program; however, this does not allow us to follow each participant individually. It might have been an advantage to have the ability to follow each participant throughout the training program. Such an approach might have provided a more robust analysis. However, individual data raise ethical considerations regarding identification,

and in this sample the N would be lower because of the variation of attendance among participants (some participants attended the first training day and were absent the last, and vice versa). Nevertheless, group level analysis provided data for designing training programs in OD. There may be a displacement in the positive direction of our findings if participants who stayed and answered the questionnaires were only participants who provided positive responses. However, we have no indication that absence was caused by lack of motivation, but caused by illness, work pressure, and other obligations. As most participants in this study had a nursing education, it seems reasonable that nurses may benefit from OD training. However, in mental health practice, several professionals work together, so it might also be an advantage for other staff to join OD training as part of their collaboration.

CONCLUSION

To the authors' knowledge, the current study is the first to systematically explore and describe participants' experiences with an OD training program. Findings show that participants gained increased knowledge, skills, and competence in the OD approach. Our study also shows difficulties regarding commitment among participants throughout the training program. Although the training program shows increased competence in OD, findings show that participants still need more practice and knowledge. Participants are joining a learning process, which is still in progress after finishing the training program, and further guidance and supervision will be essential to preserve and develop further competence in OD. The program is considered successful and it shows that it is possible to develop a compressed training program designed to enable participants to practice OD in network meetings. Commitment from leaders is crucial to enable professionals to participate throughout the entirety of the training program.

REFERENCES

- 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. <https://doi.org/10.1080/17522439.2011.601750>
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *The American Journal of Nursing*, 82, 402–407. PMID:6917683
- Bergström, T., Alakare, B., Aaltonen, J., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., & Seikkula, J. (2017). The long-term use of psychiatric services within the open dialogue treatment system after first-episode psychosis. *Psychosis*, 9(4), 310–321. <https://doi.org/10.1080/17522439.2017.1344295>
- Bøe, T. D. (2016). *They say yes; they don't say no: Experiences of change in dialogical approaches to mental health - A qualitative exploration* [Doctoral dissertation]. University of Agder. <https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/handle/11250/2381188>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brottveit, Å. (2013). *Open dialogue – more than words? Network meetings as communicative happenings, knowledge production and social structuring* [Doctoral dissertation]. University of Oslo.
- Buus, N., Bikic, A., Jacobsen, E. K., Müller-Nielsen, K., Aagaard, J., & Rossen, C. B. (2017). Adapting and implementing open dialogue in the Scandinavian countries: A scoping review. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(5), 391–401. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1269377> PMID:28165840
- Buus, N., Kragh Jacobsen, E., Bojesen, A. B., Bikic, A., Müller-Nielsen, K., Aagaard, J., & Erlangsen, A. (2019). The association between open dialogue to young Danes in acute psychiatric crisis and their use of health care and social services: A retrospective register-based cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 91, 119–127. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.015> PMID:30682632
- Crowe, S., Fenton, M., Hall, M., Cowan, K., & Chalmers, I. (2015). Patients', clinicians' and the research communities' priorities for treatment research: There is an important mismatch. *Research Involvement and Engagement*, 1(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s40900-015-0003-x> PMID:29062491
- Ditton-Phare, P., Loughland, C., Duvivier, R., & Kelly, B. (2017). Communication skills in the training of psychiatrists: A systematic review of current approaches. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(7), 675–692. <https://doi.org/10.1177/0004867417707820> PMID:28462636
- Eassom, E., Giacco, D., Dirik, A., & Priebe, S. (2014). Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: A systematic review of facilitating and hindering factors. *BMJ Open*, 4(10), e006108. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006108> PMID:25280809
- Eiterå, A., Hansen, L., Vind, B., Hansen, A., Castella, J., & Sørensen, E. (2014). *Åben dialog – Nøglemarkører og deres kontekst* [Open dialogue – Keymarkers and their contexts]. <https://udviklingsenheden.aarhus.dk/media/18922/aaben-dialog-noeglemarkoerer-og-deres-kontekst.pdf>
- European Communities. (2008). *The European Qualifications Framework for lifelong learning*. http://ecompences.eu/wp-content/uploads/2013/11/EQF_broch_2008_en.pdf
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4th ed.). Sage.
- Florence, A. C., Jordan, G., Yasui, S., & Davidson, L. (2020). Implanting rhizomes in Vermont: A qualitative study of how the open dialogue approach was adapted and implemented. *The Psychiatric Quarterly*, 91(3), 681–693. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09732-7> PMID:32152853
- Flottorp, S., & Aakhus, E. (2013). Implementeringsforskning: Vitenskap for forbedring av praksis [Implementation research: Science for improving practice]. *Norsk Epidemiologi*, 23(2), 187–196. <https://doi.org/10.5324/nje.v23i2.1643>
- Gordon, C., Gidugu, V., Rogers, E. S., DeRonck, J., & Ziedonis, D. (2016). Adapting open dialogue for early-onset psychosis into the U.S. health care environment: A feasibility study. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 67(11), 1166–1168. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600271> PMID:27417900
- Holmesland, A. L. (2015). *Professionals' experiences with open dialogues with young people's social networks – identity, role and teamwork: A qualitative study* [Doctoral dissertation]. University of Jyväskylä. <http://www.abup.no/wp-content/uploads/2015/01/Avhandling-Anne-Lise-Holmesland.pdf>
- Hopper, K., Van Tiem, J., Cubellis, L., & Pope, L. (2020). Merging intentional peer support and dialogic practice: Implementation lessons from Parachute NYC. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 71(2), 199–201. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900174> PMID:31690222
- Jacobsen, R. K., Sjørgård, J., Karlsson, B. E., Seikkula, J., & Kim, H. S. (2018). “Open dialogue behind locked doors” – Exploring the experiences of patients', family members, and professionals with network meetings in a locked psychiatric hospital unit: A qualitative study. *Scandinavian Psychologist*, 5, e5. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.5.e5>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsinterview* [The qualitative research interview]. Gyldendal Akademisk.
- Lidbom, P. A., Bøe, T. D., Kristoffersen, K., Ulland, D., & Seikkula, J. (2014). A study of network meeting: Exploring the interplay between inner and outer dialogues in significant and meaningful moments. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 35(2), 136–149. <https://doi.org/10.1002/anzf.1052>
- Lidbom, P. A., Bøe, T. D., Kristoffersen, K., Ulland, D., & Seikkula, J. (2015). How participants' inner dialogues contribute to significant and meaningful moments in network therapy with adolescents. *Contemporary Family Therapy*, 37, 122–129. <https://doi.org/10.1007/s10591-015-9331-0>
- Motola, I., Devine, L. A., Chung, H. S., Sullivan, J. E., & Issenberg, S. B. (2013). Simulation in healthcare education: A best evidence practical guide. AMEE Guide No. 82. *Medical Teacher*, 35(10), e1511–e1530. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.818632> PMID:23941678
- Olson, M., Seikkula, J., & Ziedonis, D. (2014). *The key elements of dialogic practice in open dialogue: Fidelity criteria*. <https://www.umassmed.edu/globalassets/psychiatry/open-dialogue/keyelements/v1.109022014.pdf>
- Razzaque, R., & Stockmann, T. (2016). An introduction to peer-supported open dialogue in mental healthcare. *BJPsych Advances*, 22(5), 348–356. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.115.015230>
- Razzaque, R., & Wood, L. (2015). Open dialogue and its relevance to the NHS: Opinions of NHS staff and service users. *Community Mental Health Journal*, 51, 931–938. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9849-5> PMID:25686550
- Schubert, S., Rhodes, P., & Buus, N. (2020). Transformation of professional identity: An exploration of psychologists and psychiatrists implementing open dialogue. *Journal of Family Therapy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12289>
- Seikkula, J. (2003). Open dialogue integrates individual and systemic approaches in serious psychiatric crises. *Smith College Studies in Social Work*, 73(2), 227–245. <https://doi.org/10.1080/00377310309517683>
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16, 214–228. <https://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. <https://doi.org/10.1080/17522439.2011.595819>

- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2007). *Nettverksdialoger* [Network dialogues]. Universitetsforlaget.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2013). *Åpen dialog i relasjonell praksis: Respekt for annerledeshet i øyeblikket* [Open dialogue in relational practice: Respect for the otherness in the present moment]. Gyldendal Akademisk.
- Twamley, I., Dempsey, M., & Keane, N. (2020). An open dialogue-informed approach to mental health service delivery: Experiences of service users and support networks. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 1–6. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1739238> PMID:32169025
- Ulland, D., Andersen, A. J. W., Larsen, I. B., & Seikkula, J. (2014). Generating dialogical practices in mental health: Experiences from southern Norway, 1998–2008. *Administration and Policy in Mental Health*, 41(3), 410–419. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0479-3> PMID:23479097
- Valen, K., Holm, A. L., Jensen, K. T., & Grov, E. K. (2019). Nursing students' perception on transferring experiences in palliative care simulation to practice. *Nurse Education Today*, 77, 53–58. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.03.007> PMID:30954856
- Vigrestad, T., & Hellandshølen, A. M. (2012). *Åpne samtaler i nettverksmøter* [Open dialogue in network meetings]. Universitetsforlaget.
- von Peter, S., Aderhold, V., Cubellis, L., Bergström, T., Stastny, P., Seikkula, J., & Puras, D. (2019). Open dialogue as a human rights-aligned approach. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 387. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00387> PMID:31214063

II

Clinicians and supervisors' experiences with developing practices of open dialogue in network meetings in public mental health services

Av

Ritva Kyrrø Jacobsen, Bengt Karlsson, & Ellen Karine Grov (2023).

Journal of Family Therapy, 45(2), 197-210.
DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12422>

ORIGINAL ARTICLE

Clinicians and supervisors' experiences with developing practices of open dialogue in network meetings in public mental health services

Ritva Kyrro Jacobsen¹  | Bengt Karlsson^{1,2} | Ellen Karine Grov³

¹Department of Specialized Inpatient Treatment, Division of Mental Health Care, Akershus University Hospital, Lørenskog, Norway

²Center for Mental Health and Substance Abuse, Department of Health, Social and Welfare Studies, Faculty of Health and Social Sciences, University of Southeast Norway

³Department of Health Sciences, Oslo Metropolitan University, Oslo, Norway

Correspondence

Ritva Kyrro Jacobsen, Department of Specialized Inpatient Treatment, Division of Mental Health Care, Akershus University Hospital, 1478, Lørenskog, Norway.
Email: ritva@live.no; ritva.jacobsen@ahus.no

Funding information

Akershus Universitetssykehus

Abstract

Open Dialogue is a dialogical approach focusing on the perspectives of patients and their social networks on treatment and recovery processes. As part of a larger research project, this prospective cohort study explores what promotes and hinders the development of Open Dialogue in network meetings (ODNM) based on the experiences of thirty-seven clinicians and seven supervisors. Multistage focus group interviews were used to collect data and were analysed thematically. We generated two main themes: (1) togetherness and isolation and (2) challenging and evolving. The findings show that ODNM can be developed in public mental health-care, but this leads to both challenges and opportunities at the organisational level, such as conflicting perspectives, the difficulty of maintaining interest in ODNM, the need for committed and involved leaders, and the growing change in the traditional view of treatment, which has made clinicians collaborate more with patients and their relatives.

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs License, which permits use and distribution in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non-commercial and no modifications or adaptations are made.

© 2022 The Authors. *Journal of Family Therapy* published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of The Association for Family Therapy and Systemic Practice.

KEYWORDS

development, network meetings, open dialogue, public mental health services, qualitative methods

Practitioner points

- The development of Open Dialogue in public mental health services depends on passionate enthusiasts
- Leaders' involvement and commitment are considered crucial to the development of Open Dialogue
- Workload and time pressure hinder the development of Open Dialogue
- Clinicians felt liberated and supported when working together as network leaders
- Practising Open Dialogue in network meetings made clinicians' identity shift towards a more democratic stance in relation to patients and their families

INTRODUCTION

Open Dialogue (OD) is a family-oriented, dialogical approach focusing on the perspectives of patients and their social networks on treatment and recovery processes (Seikkula & Arnkil, 2013). In the 1980s the need-adapted approach was established to create a comprehensive, psychotherapeutically oriented treatment model in public mental healthcare to address the real and changing needs of patients with schizophrenia and their families in Western Lapland, Finland (Alanen, 2009). OD arose from the need-adapted approach as a further attempt to improve existing mental healthcare by implementing mobile crisis intervention teams and having a dialogical focus on communication between patients, their social network and the intervention teams. The intervention team consisted of therapists from inpatient and outpatient settings and arranged network meetings across the settings (Seikkula, 2012). Together, they created a forum where meanings of experience and identity were constructed, understood and negotiated through dialogue to achieve joint understanding of people's experiences during episodes of psychotic symptoms (Seikkula & Arnkil, 2013). Seven treatment principles of OD evolved during its gradual development: (1) immediate help, (2) a social network perspective, (3) flexibility and mobility, (4) responsibility, (5) psychological continuity, (6) tolerance for uncertainty, and (7) dialogue (Seikkula & Arnkil, 2013). OD has demonstrated good outcomes in the treatment of first-episode psychosis. Nineteen years' experience using this approach shows that duration of hospital treatment, disability allowances, and the need for neuroleptics remained significantly lower in the OD group compared with the control group over the entire follow-up (Bergström et al., 2018).

There is increasing research on the OD approach in different contexts outside of Lapland. The studies are mainly qualitative, cross-sectional and small-scale; they suggest considerable variation in ways of developing OD (Buus et al., 2017). Naturalistic contextualised approaches to research are encouraged by Seikkula and Arnkil (2013) to fit needs for development in specific contexts but are challenging for evaluation of fidelity (Waters et al., 2021). Moreover, researchers claim that 'the indeterminacy that dominates Open Dialogue is a challenge to implementation efforts that favour specific and standardised practices' (Buus et al., 2021, p. 1118). Thus,

the discussion on standardisation versus contextual flexibility also influences the methodology chosen.

Despite variation in study design and contexts outside of Lapland, the OD approach is promising in that patients and their social network feel seen, heard and supported (Clement & McKenny, 2019; Florence et al., 2021; Jacobsen et al., 2018; Tribe et al., 2019; Twamley et al., 2021). In the United Kingdom, service users reported significant improvements in well-being and functioning with OD (Kinane et al., 2022). Changes in power relations between clinicians, patients and their families are described in several studies (Jacobsen et al., 2018; Schubert et al., 2020; Twamley et al., 2021), and the shift in how clinicians constructed and transformed their professional identity when using OD is reported in Schubert et al. (2020) and Tribe et al. (2019).

Nevertheless, studies highlight challenges on both individual and organisational levels when developing OD practices, such as adapting to a dialogical way of treatment and cost-benefit issues. For instance, OD enables collaborative and empowering relationships, but can be challenging for service users, particularly in relation to network inclusion and the dialogic emphasis (Tribe et al., 2019; Twamley et al., 2021). Training costs, staff turnover and logistics are substantial barriers to implementation of OD (Gordon et al., 2016; Hopper et al., 2020). Similarly, Florence et al. (2020) mention inadequate billing structures, lengthy, expensive training and resistance to changing organisational culture as the main challenges to full implementation of OD. Research shows that generating dialogic practices requires shared understanding of OD and collaboration between professional networks and among their leaders (Ulland et al., 2014), and that services need to take responsibility to facilitate change and make room for an OD approach (Razzaque & Wood, 2015).

Future research is recommended to compensate for descriptive analyses of limited data and to systematically explore the organisational and biographical contexts of positive and negative attitudes towards OD practices (Buus et al., 2021). Few studies about developing OD have been conducted in our context (Jacobsen et al., 2018), and we therefore intend to rectify this with the present prospective study.

Open Dialogue in network meetings (ODNM)

ODNM is a three-year research project which aims to (1) train and supervise clinicians in the OD approach and (2) explore whether and how the clinicians manage to practise and develop ODNM in traditional public mental health units. Mandatory monthly supervision for eighteen months by supervisors with formal qualifications in supervision and OD was organised for all participants. ODNM employs the seven core OD principles (Bergström et al., 2018) and the twelve key elements of fidelity to dialogic practice of Olson et al. (2014) and is organised through network meetings. Unlike the origin of OD, ODNM was not an attempt to change mental healthcare in general but rather to offer patients and their social network a more equal and democratic approach in treatment and recovery and examine how ODNM develops or fails.

Aim

This study aimed to explore and describe what promotes and hinders the development of ODNM in public mental healthcare by examining the experiences of clinicians and their supervisors.

METHODS

Design

This study is a qualitative explorative cohort study with a longitudinal and participatory design (Kvale & Brinkmann, 2015). To create transparency, we followed the consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) (Tong et al., 2007).

Study context and participants

The study took place in Southern Norway. The participants were thirty clinicians from six units (four units in the mental health department of a university hospital and two units from primary mental healthcare) who completed an OD training programme initiated by the ODNM project (Jacobsen et al., 2021). Additionally, six clinicians with other formal or informal OD training courses were included (to increase the number of participants). The sampling was therefore purposive. The participants knew the purpose of the research and the researchers in advance, which might have been both a bias and an advantage. A possible bias could arise from pleasing the researchers by saying what they think the researchers wanted to hear, while advantages could be familiarity with the project, the aim of OD and the study and willingness to share experiences with familiar colleagues/researchers. The seven supervisors who guided the thirty-six clinicians monthly throughout the study were also included, giving forty-three participants. Forty-one of the participants were females. Thirty-eight were ethnic Norwegians. Two participants left their jobs, three received other assignments, two took maternity leave, two became ill, and one dropped out during the eighteen months of the study, giving thirty-three participants at the end. At the three-month interview stage, eighteen of the thirty-six participating clinicians had started practicing as network leaders. At nine months, twenty-six of the participants had practised as network leaders in their own units or through cooperation with other participating units. At eighteen months, twenty-nine of the clinicians had practised as network leaders. The participant sample is depicted in Figure 1.

Data collection

Data were collected using multistage focus group interviews (Hummelvoll, 2008). Seven focus groups were formed, and participants were interviewed every sixth month, thus each group three times, giving twenty-one interviews altogether. All interviews were conducted by the first and last authors at the clinicians' workplaces and lasted about 90 minutes. A semi-structured interview guide was used (Kvale & Brinkmann, 2015). The first round of interviews included only one main question to ensure a broad, explorative approach: 'How do you experience the development of ODNM?', and the participants' descriptions led to follow-up questions, suggesting open dialogue also in this process. The pre-analysis which formed the summaries revealed descriptions of what promotes and hinders the development process. In the following rounds, we started with the same main question, and had prepared additional questions based on reflections from the first round, particularly about what promotes and hinders the development, to explore these topics further. All interviews were taped and transcribed verbatim.

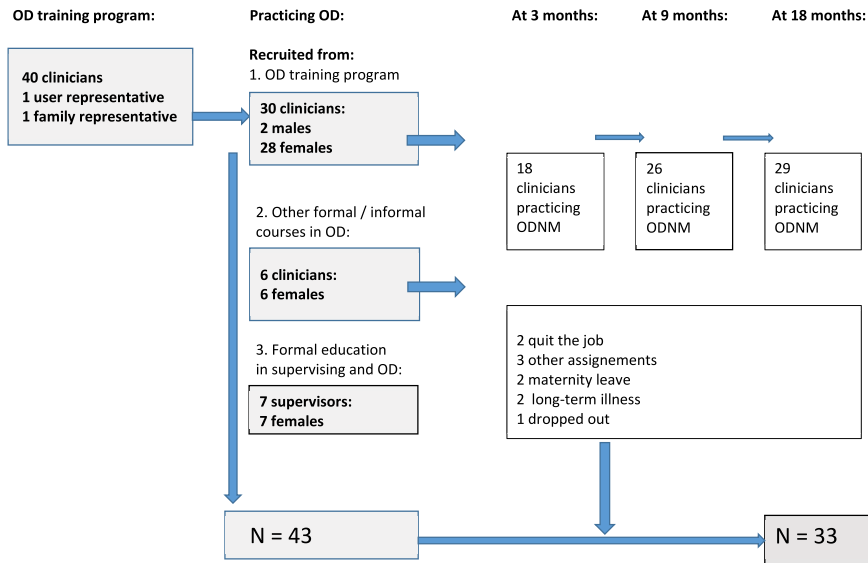


FIGURE 1 Flow chart participants in the study of ODNM

Analysis

Data were analysed and systematised as outlined in thematic analysis by Braun and Clarke (2006). An inductive approach was chosen to maintain our explorative inquiry. The first and last authors analysed the first-round interviews; all three authors analysed the second-round interviews, while only the first author analysed the data in the third round. After the first two rounds, a summary of the interviews was presented to the participants, asking for recognition and/or amplifications (Hummelvoll, 2008). To strengthen the validity of the analysis (Maxwell, 2013), all three authors reviewed suggested themes by checking their compatibility with the coded extracts and the entire dataset. The first author then generated a thematic map of the analysis consisting of codes, code groups, sub-themes, themes and quotes.

Research team

The research team comprised one PhD student (female, RN, MSc), a project manager in one of the units in the study, and two academic researchers (one female professor, PhD, MScN, RN, and one male professor, PhD, MSc, RN). The female professor headed a university PhD programme in health science but had experience from research in mental health and substance abuse services, while the male worked part-time as a project leader in this study, full-time at a university as head of the centre for mental health and substance abuse, and had extensive experience of clinical mental healthcare. The PhD student also had extensive experience of clinical mental healthcare and developed an OD approach in a clinic prior to this study. The project leader and the PhD student were both members of the team that designed and conducted the research project.

FINDINGS

The findings are systematised in two main themes: (1) togetherness and isolation, with five subthemes, and (2) challenging and evolving, with four subthemes.

Togetherness and isolation

Five subthemes were identified: (1) liberating and supportive, (2) left alone with responsibility for the development, (3) supervision obliges, inspires and creates continuity, (4) passionate enthusiasts, and (5) participating in network meetings promotes ODNM.

Liberating and supportive

The joint responsibility of the two network leaders was highlighted as promoting the development of ODNM by many clinicians. One said, 'I get energized. I think it's because there are two of us ... working together'. Another stated, 'You don't need to perform. You don't need to be so damn clever. You can really just be present'. Many of the clinicians found that support from more experienced colleagues promoted security in their role as a network leader. It was easier to start network meetings and try leading when experienced colleagues could offer assistance. On the basis of this experience, they eventually invited inexperienced colleagues into network meetings and helped them to become new network leaders. Many of the clinicians found the approach liberating in a way that they described as feeling part of a more equal and transparent collaboration with patients and their social network. These experiences changed them professionally and were described as promoting development of ODNM. One clinician said, 'It makes a big difference ... we dare to be transparent as professionals. We dare to show feelings. We dare to be touched, like the network meeting yesterday, when the psychiatrist sat and ... shed tears ... It's so damn different to all the other meetings around here. It's impressive!'

Left alone with responsibility for the development

Several clinicians felt left alone with responsibility for the development of ODNM in their units. One stated, 'We feel that this has become our project, not the unit's project'. Another explained, 'Some of our colleagues are positive, but others are indifferent or not interested'. Lack of support from their leaders was pointed out. Although many leaders were positive, had accepted the study, and wanted the ODNM to develop in their units, leaders were often perceived as absent in the development process. 'Perhaps the biggest obstacle is that leaders don't keep the project 'warm' and 'in focus', one clinician said. Several clinicians wanted clearer engagement and responsibility from their leaders. One said, 'The director and his leadership team have accepted and wanted this project, but many unit leaders don't seem to know anything about it'. Another said, 'Information and commitment to the project seem to be watered down by the top levels'. In units where ODNM had been practised before the project, the leadership was perceived as more present.

Supervision obliges, inspires and creates continuity

Supervision was emphasised as important in promoting development. The obligation of joining monthly supervision sessions helped the clinicians stay focused. This was also highlighted by the supervisors. One supervisor explained, 'I think it's important to meet ... it's very important to become inspired and have the opportunity to explore different aspects of ODNM'. Supervision encouraged cooperation across units. One clinician said, 'Without the supervision I'd never have joined a network meeting with X'. Although some clinicians did not succeed in starting network meetings with their own patients, they were invited to join network meetings in other units. Thus, they gained training as network leaders despite the lack of network meetings in their own units. In units where they struggled to start ODNM, the supervision focused on how to do it. One supervisor said, 'They need guidance on how to implement ODNM in their context. What could it look like? How to get there?' Participants in one unit found crucial support from the supervisor when they experienced resistance and indifference among colleagues. One clinician said, 'I found it so good to receive supervision considering the difficult start we had'. In another unit, the supervision failed. They chose to terminate the supervision sessions because they were dissatisfied with the way the supervisor conducted the supervision. Some units included colleagues without ODNM skills in their supervision, which increased the numbers joining the sessions. Clinicians in these units found that their skills had improved during this process. They could advise their newly recruited colleagues in ODNM. 'It's fun to discover we can assist the less skilled ones. We think of ourselves as novices, but we've gained some experience'. One supervisor confirmed this: 'Then I noticed that they started to assist the new ones. I could almost step aside and only give some input in the end'. Despite clinicians and supervisors' experience of the importance of supervision, some supervisors found it difficult to conduct supervision sessions because few clinicians attended. One supervisor stated, 'The big dropout has prevented us from conducting supervision. No one to supervise'. Units with more clinicians attending sessions had more stability and conducted sessions as intended. Most units completed supervision to some extent during the project period.

Passionate enthusiasts

Many clinicians felt that the project promoted development of ODNM. One stated, 'When you join a project, you're more committed'. Three of the six units had major ongoing reorganisation of their services. This was highlighted as a constraining factor for ODNM. One unit changed both leaders and project members several times during the eighteen months. Many clinicians considered themselves as crucial in developing the ODNM. They called themselves 'passionate enthusiasts' to explain their commitment. Several clinicians stated that, without the enthusiasts, the development of ODNM would die. One explained, 'I'm worried about the ODNM. We've seen a lot of approaches come and go. We need passionate enthusiasts to keep it going, who want it to be part of the treatment programme'. New ideas evolved during the development process thanks to the clinicians. One unit started weekly group teaching and dialogue with patients using ODNM as part of the unit's regular treatment programme. Patients learned about the approach, and those who had attended network meetings shared their experiences and inspired other patients to invite their families to meetings. One clinician said, 'When a patient talks positively about his experience it's more important to other patients than if we talk about it'. Another unit changed the admission procedure by conducting network meetings instead of traditional entry interviews

and found this to be a good start for collaboration between patients, their families and the clinicians. A third unit started using reflective talks as part of information meetings for relatives and families.

Participating in network meetings promotes ODNM

Participating in network meetings was emphasised as promoting ODNM. Many clinicians found that colleagues who had joined network meetings became more positive towards ODNM. One said, 'I think it's happened to my colleague too. The first network meeting was a real disaster [this colleague overruled the network leaders and terminated the network meeting because she thought the patient did not benefit from it], but ... something's happened ... an opening'. Another clinician said, 'One psychologist joined a network meeting as the patient's therapist. And the meeting went well. Afterwards the psychologist asked why we hadn't started network meetings earlier'. Another clinician said, 'In our unit both responsible therapists attend the same network meeting. It's not necessary, but they see the value of participating together'. Therapists who had joined network meetings were likely to recommend them to patients' families and thus helped to promote the development of ODNM. Colleagues who had attended network meetings several times were used as co-leaders in meetings when the units lacked available network leaders, despite having no formal training. This was considered beneficial in spreading ODNM across units. All units experienced increasing demand for network meetings among their colleagues during the development of ODNM. One clinician said, 'We had good flow. I felt the enthusiasm [among colleagues] increased, and we held network meetings more often. It was just like we'd overcome a kind of obstacle'.

Challenging and evolving

Four subthemes were identified: (1) workload and time pressure hinders ODNM, (2) network meetings motivate and challenge, (3) challenging logistics, and (4) COVID-19 calls for new ways of approaching patients and families.

Workload and time pressure hinders ODNM

Workload hindered development of ODNM, making clinicians unprepared for supervision and network meetings. Supervisors found that clinicians often came some minutes late to sessions and needed several minutes to become involved. This was confirmed by the clinicians. Tuning in before supervision and network meetings was considered important to enable clinicians to pay attention. Work pressure made them detached and stressed, particularly those less experienced in ODNM. Short hospitalisations made scheduling network meetings challenging. One clinician said, 'Patients need time to think about joining network meetings. They haven't heard about it and need time to accept the idea' and 'Before they've decided, they're discharged'. All the units added ODNM to their already existing treatment options. This increased the participating clinicians' workload; in addition to their own patients, they now conducted network meetings for colleagues' patients. This was seen as increasing interest in network meetings. Yet the clinicians'

workload made some of them hesitate to initiate new network meetings. One clinician stated, 'It's been hard, at times we haven't had time to eat, it makes you stop recruiting for ODNM'.

Network meetings motivate and challenge

Another positive factor for ODNM highlighted by the clinicians was the patients and their families' positive feedback and desire to participate in network meetings. One clinician said, 'The reason we continue ODNM despite lots of challenges is the good feedback from patients and their families. It motivates us and feels meaningful'. Seeing changes in the family during network meetings was also highlighted. One clinician explained, 'What really touches me is when new narratives enter the room ... it can make me cry ... because you can see the changes that happens'. This was confirmed by the supervisors. One supervisor said, 'The success stories clearly engage'. These stories inspired the clinicians themselves as network leaders but also their colleagues who were unfamiliar with ODNM who saw the positive response and development in the families. Patients were also thought to be inspired when joining network meetings with their families. One clinician said, 'Patients find that network meetings are important to their families. They see that their families need this'. Another said, 'The patients' relatives are excited to be involved. They've often felt uninvolved. Being involved is a big win, which can affect family relations a lot'. However, a constraining factor was challenging network meetings where emotions and disagreements were strongly expressed. In these cases, some network leaders struggled to facilitate the meeting, lost their confidence and hesitated to conduct new meetings. One clinician said, 'It was challenging. Many of them left the meeting and it became awkward. And we didn't manage it the next time either. So we decided to put the network meetings on hold'. Here, uncertainty was mostly expressed by less experienced clinicians but was also described by more experienced ones. Generally, however, more experienced clinicians were more confident that things would work out as long as people kept meeting.

Challenging logistics

The logistics of planning and arranging network meetings were underlined as a constraining factor for ODNM. Contacting the patients' social network and treatment team to find a time suitable for everyone was time consuming. If time passed between patients' approval of a network meeting and actually holding the meeting, some patients and their families lost interest. Some units asked all their professionals to arrange network meetings in an attempt to lessen the pressure on network leaders. This turned out to be another challenge because professionals unfamiliar with ODNM were unable to inspire patients to join network meetings. Some clinicians preferred to make one person in each unit responsible for scheduling network meetings. In units with inpatients, the clinicians found that staff working shifts lacked the necessary overview, leading to fewer scheduled network meetings. One clinician explained, 'I don't think it works without someone working daytime. When clinicians working shifts have this responsibility ... it doesn't work'. Another said, 'It can easily come to nothing'. Because most network meetings were in the daytime, shift workers found it difficult to attend regularly, but suggested holding meetings in afternoons and evenings. They thought this could ease the daytime workload, as it was easier to access many members of the patients' social network after working hours. However, since the psychiatrists and psychologists only worked regular office hours, evening meetings

were impossible, which was emphasised as negatively affecting ODNM, along with psychiatrists and psychologists' part-time work. One clinician stated, 'No, [working] three days a week and two shift workers to consider, you have no time to get together'. Lack of sufficiently large rooms for network meetings also hindered ODNM.

COVID-19 calls for new ways of approaching patients and families

COVID-19 was recognised as a major obstacle to developing ODNM. During the lockdown restrictions, all network meetings and supervision sessions were cancelled. Digital meetings were tried out to replace face-to-face network meetings in some units. However, most clinicians were unfamiliar with digital meetings. One said, 'It would be easier to set up digital network meetings if we actually knew we could conduct meetings successfully'. Many clinicians stated that digital meetings were more challenging; silences annoyed them because they were uncertain whether they were real silences or caused by electronic devices. They also felt that they lost the non-verbal communication and felt more need to talk throughout the meeting. Some lost their focus on the patient because they were more occupied with the screen. Further, families attending meetings often had only one device and had to take turns to be on camera. However, those family members who were unable to attend face-to-face network meetings joined the digital ones. More people could join when they did not have to travel to the units. Most clinicians did not conduct digital network meetings. One explained, 'I can only speak for myself; I have no digital skills, so it's easier to wait'. Some reported that their units lacked the necessary equipment, and some did not have the experience to determine whether their unit could actually conduct digital meetings. During COVID-19 most units began face-to-face meetings again, but all clinicians felt that COVID-19 affected the number of meetings. One said, 'We were truly on board and held lots of network meetings, then it all stopped because of COVID'.

DISCUSSION

This study has explored clinicians and supervisors' experiences with what promoted and hindered the development of ODNM at six units in a traditional public mental healthcare setting. In the following we discuss the significance of our findings.

Institutional readiness – A necessity when developing ODNM

Increased workload, time pressure and challenging logistics were among the obstacles experienced by the clinicians. Additionally, the participants described feelings of isolation, colleagues' indifference or reluctance, and a lack of leadership. Similar challenges are confirmed by other studies (Florence et al., 2020; Gidugu et al., 2021; Hopper et al., 2020). In Hopper et al. (2020), logistics topped the list of difficulties encountered, but staff turnover, rapid deployment of teams and institutional cooperation all presented problems. In Vermont, one of the main challenges was resistance to changes in organisational culture (Florence et al., 2020). Gidugu et al. (2021) found that the growing interest in OD was challenged by the forces of the prevailing medical model and criticism from those rooted in this model. Developing OD within a traditional

mental health practice instead of changing the existing organisation could explain some of the constraints described in our and other studies.

Likewise, the need for institutional readiness is described in several studies (Buus et al., 2021; Florence et al., 2020; Gordon et al., 2016; Hopper et al., 2020). In Schubert et al. (2020), almost all participants expressed concerns about the feasibility of dialogical approaches within the current system. Buus et al. (2021) conclude that extensive organisational preparation, including institutional willingness and readiness, is necessary before implementation of OD to ensure a good fit between a locally adapted OD approach and the organisation's willingness to change. This reflects the clinicians' worries and perceived responsibility, feeling left alone to successfully develop ODNM when few people participate. However, Florence et al. (2020) reported the opposite; those who did not participate in the OD project felt left out. The difference might be due to the number of participants. When enough people participate, alienation might decrease. In Florence et al. (2020) this bottom-up implementation was found to be crucial to the overall sustainability of the project. It slowly spread out and changed practices from the inside. In the long run this could also happen in the units we studied. Despite all challenges, the clinicians kept going with the ODNM. Yet there was clearly a need for engaged leaders and institutional readiness.

Summaries of research show that change and innovation fail because organisations are unable to successfully implement them (Caldwell et al., 2008). Leaders' absence in our study made the development process lonely and uncertain. The project's original plan was to engage leaders in developing ODNM on the basis of previous research showing that involved leaders are a key success factor in such a process (Caldwell et al., 2008). This was rejected by the leadership team because they were unable to participate fully. Thus, our study confirms previous research in this area. The absence of leaders prevented good collaboration with clinicians; they had no time together to find solutions when challenges arose. Caldwell et al. (2008) argue that '... there is strong evidence that the manager of the group or unit may influence the speed and effectiveness with which new processes can be implemented' (p. 125), and '... managers within an organisation may, through their leadership of groups within the organisation, either enhance or undermine the organisation's ability to implement strategic change' (p. 125). Changes of leaders and reorganisations also undermined the development of ODNM. A regular supervision/ODNM forum for leaders might have addressed this and strengthened collaboration and commitment in the project.

Togetherness – An important promoter when developing ODNM

Our findings show the clinicians' willingness to continue to practice ODNM. Working with colleagues and families as partners in a mutual process was highlighted as positive. This togetherness might mitigate feelings of isolation, indifference or reluctance among colleagues, and the absence of leaders. One important potential of the OD approach is the new way of relating to patients and their families. The therapists do not make an intervention; however, they facilitate an Open Dialogue by listening and responding to everything said by everyone in the meeting (Seikkula, 2012). Our study confirms that ODNM relieves clinicians of sole responsibility and helps them to feel like part of a more mutual and equal collaboration between themselves, the patients and the patients' social network, which could partly explain why the clinicians continued to practice OD.

The shift towards a more collaborative way of working has also been identified in other studies where professionals distanced themselves from the medical model, working towards a democratic treatment approach in mental healthcare (Florence et al., 2020; Schubert et al., 2020; Waters et al., 2021). In Schubert et al. (2020), psychologists referred to opportunities to embrace a shared 'sameness' with clients, where: 'Integrating dialogical approaches into existing clinical work gave psychiatrists an alternative therapeutic tool that expanded their professional identity from the 'fixer' of mental illness through medication and offered a framework for participants to embrace their shared humanity with clients' (p. 19). This change corresponds with our findings. Thus, the development of ODNM can be seen as a democratisation of mental health practices. This also involves the potential for the democratisation of knowledge. Clinicians see themselves as partners in mutual and dialogical processes where they acknowledge the unique knowledge and competence of patients and networks (Seikkula et al., 1995). Introducing ODNM into public mental healthcare will enable clinicians to meet patients' demands and rights regarding participation in treatment, and include patients' families as a resource in treatment collaboration.

Future research on OD may include all clinicians in participating units to see how that affect the services. Comparing units using OD with traditional units is also a necessary future study.

Strengths and limitations

The strength of this study is its participatory and prospective design. Owing to the possible risk of participant identification, we followed the recommendations of the Regional Committee for Medical and Health Research Ethics in Norway and decided to restrict the length of the quotes to protect the informants' privacy and prevent identification. This might have limited the basis for demonstrating why we constructed the subthemes. The interviews were conducted in Norwegian. The quotes are therefore translated and some specifics may have been lost in translation. Only two of the participating clinicians were men, which may represent a limitation to the study.

CONCLUSIONS

This study aimed to explore and describe what promotes and hinders the development of ODNM in public mental healthcare from the perspectives of clinicians and their supervisors. Our study shows that ODNM can be developed in this setting. ODNM was developed in all participating units, but to varying degrees throughout the study period. The study showed that this development entailed both challenges and opportunities at the organisational level, such as conflicting perspectives, the difficulty of maintaining interest in ODNM, the need for committed and involved leaders and the growing change in the traditional view of treatment, which has made clinicians collaborate more with patients and their relatives.

CONFLICT OF INTEREST


The manuscript has not been published and is not under consideration for publication elsewhere. We have no conflict of interest to disclose.

ETHICS STATEMENT

The data protection officer of the hospital approved the study (2019_30). The Regional Ethical Committee considered the study to be outside of their mandate (2019/468A). The participants

received written and oral information about the study prior to inclusion and provided written consent before completing the interviews. Data were collected and stored in accordance with the data protection officer's instructions. In consideration of confidentiality, identifying characteristics were changed and de-identified.

ORCID

Ritva Kyrro Jacobsen  <https://orcid.org/0000-0003-4431-9067>

REFERENCES

- Alanen, Y.O. (2009) Towards a more humanistic psychiatry: development of need-adapted treatment of schizophrenia group psychoses. *Psychosis*, 1(2), 156–166. Available from: <https://doi.org/10.1080/17522430902795667>
- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J.J. et al. (2018) The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research*, 270, 168–175. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.039>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. Available from: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Buus, N., Bikic, A., Jacobsen, E.K., Müller-Nielsen, K., Aagaard, J. & Rossen, C.B. (2017) Adapting and implementing open dialogue in the Scandinavian countries: a scoping review. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(5), 391–401. Available from: <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1269377> PMID:28165840
- Buus, N., Ong, B., Einboden, R., Lennon, E., Mikes-Liu, K., Mayers, S. et al. (2021) Implementing open dialogue approaches: a scoping review. *Family Process*, 60, 1117–1133. Available from: <https://doi.org/10.1111/famp.12695>
- Caldwell, D.F., Chatman, J., O'Reilly, C.A., Ormiston, M. & Lapiz, M. (2008) Implementing strategic change in a health care system. *Health Care Management Review*, 33(2), 124–133. Available from: <https://doi.org/10.1097/01.HMR.0000304501.82061.e0>
- Clement, M. & McKenny, R. (2019) Developing an open dialogue inspired model of systemic social work assessment in a local authority children's social care department. *Journal of Family Therapy*, 41(3), 421–446. Available from: <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12271>
- Florence, A.C., Jordan, G., Yasui, S. & Davidson, L. (2020) Implanting rhizomes in Vermont: a qualitative study of how the open dialogue approach was adapted and implemented. *The Psychiatric Quarterly*, 91(3), 681–693. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09732-7> PMID:32152853
- Florence, A.C., Jordan, G., Yasui, S., Cabrini, D.R. & Davidson, L. (2021) 'It makes us realize that we have been heard': experiences with open dialogue in Vermont. *Psychiatric Quarterly*, 92(4), 1771–1783. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09948-1>
- Gidugu, V., Rogers, E.S., Gordon, C., Elwy, A.R. & Drainoni, M.-L. (2021) Client, family, and clinician experiences of open dialogue-based services. *Psychological Services*, 18(2), 154–163. Available from: <https://doi.org/10.1037/ser0000404>
- Gordon, C., Gidugu, V., Rogers, E.S., DeRonck, J. & Ziedonis, D. (2016) Adapting open dialogue for early-onset psychosis into the U.S. health care environment: a feasibility study. *Psychiatric Services*, 67(11), 1166–1168. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600271> PMID:27417900
- Hopper, K., Van Tiem, J., Cubellis, L. & Pope, L. (2020) Merging intentional peer support and dialogic practice: implementation lessons from parachute NYC. *Psychiatric Services*, 71(2), 199–201. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900174> PMID:31690222
- Hummelvoll, J. K. (2008). The multistage focus group interview: a relevant and fruitful method in action research based on a co-operative inquiry perspective. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 10(1), 3–14. Available from: <http://hdl.handle.net/11250/134226>
- Jacobsen, R.K., Sørsgård, J., Karlsson, B.E., Seikkula, J. & Kim, H.S. (2018) 'Open dialogue behind locked doors' – exploring the experiences of patients, family members, and professionals with network meetings in a locked psychiatric hospital unit: a qualitative study. *Scandinavian Psychologist*, 5, e5. Available from: <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.5.e5>

- Jacobsen, R.K., Grov, E.K., Østefjells, T. & Karlsson, B. (2021) Open dialogue approach: exploring and describing Participants' experiences in an open dialogue training program. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 59(5), 38–47. Available from: <https://doi.org/10.3928/02793695-20210107-03>
- Kinane, C., Osborne, J., Ishaq, Y., Colman, M. & MacInnes, D. (2022) Peer supported open dialogue in the National Health Service: implementing and evaluating a new approach to mental health care. *BMC Psychiatry*, 22(1), 1–13. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03731-7>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju [The qualitative research interview]*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Maxwell, J.A. (2013) *Qualitative research design: an interactive approach*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Olson, M., Seikkula, J. & Ziedonis, D. (2014) *The key elements of dialogic practice in open dialogue: Fidelity criteria*. Worcester, MA: The University of Massachusetts Medical School. Available from: <http://umassmed.edu/globalassets/psychiatry/open-dialogue/keyelements1.109022014.pdf> [Accessed 10th November 2022].
- Razzaque, R. & Wood, L. (2015) Open dialogue and its relevance to the NHS: opinions of NHS staff and service users. *Community Mental Health Journal*, 51(8), 931–938. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9849-5>
- Schubert, S., Rhodes, P. & Buus, N. (2020) Transformation of professional identity: an exploration of psychologists and psychiatrists implementing open dialogue. *Journal of Family Therapy*, 43(1), 143–164. Advance online publication. Available from: <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12289>
- Seikkula, J. (2012) *Åpne samtaler [Open Dialogue]*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Seikkula, J. & Arnkil, T.E. (2013) *Åpen dialog i relasjonell praksis: Respekt for annerledeshet i øyeblikket [Open dialogue in relational practice: respect for otherness in the present moment]*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J. & Sutela, M. (1995) Treating psychosis by means of open dialogue. In: Friedman, S. (Ed.) *The reflective team in action: collaborative practice in family therapy*. New York, NY: Guilford Press, pp. 62–80.
- Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. (2007) Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Tribe, R., Freeman, A., Livingstone, S., Stott, J. & Pilling, S. (2019) Open dialogue in the UK: qualitative study. *The British Journal of Psychology Open*, 5(4), E49. Available from: <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.38>
- Twamley, I., Dempsey, M. & Keane, N. (2021) An open dialogue informed approach to mental health service delivery: experiences of service users and support networks. *Journal of Mental Health*, 30(4), 494–499. Available from: <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1739238>
- Ulland, D., Andersen, A.J.W., Larsen, I.B. & Seikkula, J. (2014) Generating dialogical practices in mental health: experiences from southern Norway, 1998–2008. *Administration and Policy in Mental Health*, 41(3), 410–419. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0479-3> PMID:23479097
- Waters, E., Ong, B., Mikes-Liu, K., McCloughen, A., Rosen, A., Mayers, S. et al. (2021) Open dialogue, need-adapted mental health care, and implementation fidelity: a discussion paper. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(3), 811–816. Available from: <https://doi.org/10.1111/inm.12866>

How to cite this article: Jacobsen, R.K., Karlsson, B. & Grov, E.K. (2023) Clinicians and supervisors' experiences with developing practices of open dialogue in network meetings in public mental health services. *Journal of Family Therapy*, 45, 197–210. Available from: <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12422>

III

Åpen dialog i nettverksmøter – nettverksmøtelederens og deltakeres erfaringer med nettverksmøter

Av

Ritva Kyrrø Jacobsen, Ellen Karine Grov, Tiril Østefjells, Rolf Sundet,
& Bengt Karlsson (2024)

Fokus på familien 52(4), s. 279-302.

DOI: <https://doi.org/10.18261/fokus.52.4.3>

URL: <https://www.idunn.no/doi/10.18261/fokus.52.4.3>

Åpen dialog i nettverksmøter – nettverksmøtelederens og deltakeres erfaringer med nettverksmøter

*Open dialogue in network meetings – network leaders’
and participants’ experiences with network meetings*



FOTO: PRIVAT

Ritva Kyrrø Jacobsen, doktorgradskandidat i helsevitenskap, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet, og prosjektrådgiver, Spesialpsykiatri, Divisjon psykisk helsevern og rus, Akershus universitetssykehus, Ritva.jacobsen@ahus.no



FOTO: PRIVAT

Ellen Karine Grov, professor, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet, ellgro@oslomet.no



FOTO: PRIVAT

Tiril Østefjells, psykologspesialist, Spesialpsykiatri, Divisjon psykisk helsevern og rus, Akershus universitetssykehus, Tiril.ostefjells@ahus.no



FOTO: PRIVAT

Rolf Sundet, professor emeritus, Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag, Campus Drammen, Universitetet i Sørøst-Norge, Rolf.sundet@usn.no



FOTO: PRIVAT

Bengt Eirik Karlsson, professor, Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag, Campus Drammen, Universitetet i Sørøst-Norge, Bengt.Karlsson@usn.no

Sammendrag

Åpen dialog er en terapeutisk tilnærming der pasienten og det sosiale nettverket inkluderes i behandlingen. Behandlingen foregår gjennom nettverksmøter der to nettverksmøteledere legger til rette for en åpen dialog mellom deltakerne. Hovedfokuset i dialogen er hele tiden å følge opp de problemstillingene pasienten og familien selv tar opp. Denne artikkelen presenterer funn fra en studie der målet var å fremskaffe kunnskap om nettverksmøtelederes og deltakeres erfaringer med nettverksmøter. Studien har et longitudinelt og eksplorativt design, og gjør bruk av kvantitative og kvalitative metoder. Trettiseks nettverksmøteledere og 353 nettverksmøtedeltakere deltok. Data ble samlet inn gjennom standardiserte spørreskjema og flerstegs fokusgruppeintervjuer og analysert ved hjelp av deskriptiv statistikk og refleksiv tematisk analyse. Nettverksmøtelederne beskriver vellykkede nettverksmøter der de opplever å håndtere rollen som nettverksmøteleder, og mer utfordrende nettverksmøter hvor de strever med å lede. Personlig og faglig vekst, inkludering og samhandling med familiene løftes frem. Nettverksmøtedeltakere skåret at de ble forstått, respektert og akseptert, og fikk snakke om det som var viktig for dem. Vår studie viser at ved å møtes, samarbeide og snakke om det som har betydning for den enkelte, skapes det et behandlingsrom som deltakerne synes å verdsette høyt.

Nøkkelord: åpen dialog, nettverksmøter, sosialt nettverk, erfaringer, psykisk helse

.....

Abstract

Open dialogue is a therapeutic approach where the patient and their social network are included in the treatment. Treatment takes place through network meetings where two network leaders facilitate an open dialogue between the participants. The focus of the dialogue is to continuously follow up on issues raised by the patient and the social network. The aim of the study was to gain knowledge about how network leaders and participants experience network meetings. The study has a longitudinal and exploratory design, using quantitative and qualitative methods. Thirty-six network leaders and 353 network meetings participants took part in the study. Data collected through standardized questionnaires and multi-stage focus group interviews were analyzed using descriptive statistics and reflexive thematic analysis. Network leaders describe successful network meetings where they experience managing their roles as leaders, and more challenging network meetings where they struggle to lead. Personal and professional growth, collaboration, and interaction with families are highlighted. Network meeting participants rated that they were understood, respected and accepted, and were able to talk about what was important to them. Our study shows that meeting, collaborating, and talking about what is important to the individual, creates a treatment space participants seem to value highly.

Keywords: open dialogue, network meetings, social network, experiences, mental health

Introduksjon

Åpen dialog er en familieorientert tilnærming som har vist gode og langvarige resultater i behandlingen av førstegangsspsykoser i Vestlappland, Finland (Bergström et al., 2018). Målet med utviklingen av Åpen dialog var

å etablere et behovsrettet tilbud i det offentlige psykiske helsevesenet der pasienten og det sosiale nettverket ble inkludert i behandlingen. Man gikk fra familierapeutiske samtaler basert på behandlerens faglige funderte spørsmål og tolkninger, til å følge klientenes egne utspill i ett og alt (Seikkula & Arnkil, 2013). Utviklingen av Åpen dialog omfattet to viktige aspekter: 1. Åpen dialog som terapeutisk tilnærming, der alle berørte personer deltar fra første stund for å vinne ny forståelse gjennom dialog, 2. Åpen dialog som en måte å organisere de psykiske helsetjenestene på (Seikkula & Arnkil, 2013).

Den terapeutiske tilnærmingen, som undersøkes i denne artikkelen, foregår i nettverksmøter hvor pasienten kan invitere med seg viktige andre fra sitt sosiale nettverk. Grunntanken er at man inviterer med flere deltakere som kan stimulere til å dele og respondere på ulike erfaringer og opplevelser i møtet. Slik ønsker man å ivareta og stimulere de menneskelige og uerstattelige ressursene som er i møtet. Om pasientens relasjoner stenges ute fra behandlingen av problemet, kan den profesjonelle hjelperen – uten å vite det – forsterke problemet (Seikkula, 2012). Hovedfokuset i dialogen er hele tiden å følge opp de problemstillingene som pasienten og de andre deltakerne selv tar opp. Sammen arbeider de for å finne løsninger for krisen som har oppstått (Seikkula & Arnkil, 2013).

Basert på funnene fra flere systematiske studier av nettverksmøter og deres behandlingsmessige betydning utviklet Seikkula og kolleger syv grunnprinsipper som et rammeverk for organiseringen av den profesjonelle innsatsen innen Åpen dialog (tabell 1) (Seikkula & Arnkil, 2007). En stringent bruk av grunnprinsippene har aldri vært intensjonen, da en streng, metodisk tilnærming står i et motsetningsforhold til en behovsrettet og dermed fleksibel dialogisk praksis (Seikkula & Arnkil, 2013). Med dialogisk praksis forstås at teamet, pasienten og hans sosiale nettverk møtes om behandling. Teamet søker å lytte oppmerksomt, anerkjenne og respondere på utsagn for å skape rom for felles og likeverdige dialoger (Seikkula & Arnkil, 2013, s. 45). Flexibiliteten i de dialogiske praksisene gir imidlertid utfordringer når det gjelder å evaluere troskap til metoden (Waters et al., 2021). Olson et al. (2014) utviklet derfor 12 troskapskriterier som et forsøk på å beskrive og eksemplifisere de terapeutiske elementene i utøvelsen av Åpen dialog (tabell 1). Intensjonen var å utvikle kriterier som kunne bidra til å støtte utvikling av praksiser innen Åpen dialog og systematisk forskningsarbeid.

Tabell 1. Oversikt over grunnleggende prinsipper og troskapskriterier for Åpen dialog

De 7 grunnleggende prinsipper for organisering av den profesjonelle innsatsen i Åpen dialog	De 12 troskapskriteriene for terapeutisk utøvelse av Åpen dialog
<ul style="list-style-type: none"> • Umiddelbar respons, der man arrangerer det første nettverksmøtet innen 24 timer med mål om å løse krisen, forhindre forverring og innleggelse. • Involvere det sosiale nettverket med mål om å mobilisere støtte til pasienten og familien. • Fleksibilitet og mobilitet, der målet er å tilpasse den terapeutiske responsen til konkrete og vekslende behov hos pasienten og dennes familie. • Teamets ansvar, der den som har den første kontakten med pasient eller dennes familie, er ansvarlig for å organisere det første nettverksmøtet. Teamet er ansvarlig for all videre behandling. • Sikre psykologisk kontinuitet, behandlingsteamet har behandlingsansvar uavhengig behandlingsnivå og følger pasienten så lenge det er behov, gjennom hele behandlingsprosessen. • Toleranse for usikkerhet, man møtes uten å ha en forhåndsbestemt behandlingsstrategi – i fellesskap forsøker man å finne løsninger på utfordringene. 	<ul style="list-style-type: none"> • To eller flere fagfolk deltar i nettverksmøtene. Dette for å kunne respondere og møte akutte kriser på en effektiv måte. • Deltakelse fra familie og nettverk fra første stund gjør dem til viktige partnere gjennom hele behandlingsprosessen. • Bruke åpne spørsmål, bidrar til dialog og nye perspektiver. • Respondere på ulike ytringer, ved aktiv lytting, ved å bruke deltakernes egne ord, og også følge opp non-verbale ytringer. • Fremdyrke betydningen av tilstedeværelse / vektlegge øyeblikket, ved å respondere på umiddelbare ytringer i møtet, og å tillate emosjoner å oppstå og få plass, uten umiddelbart å fortolke emosjonene. • Stimulere til mangfold av synspunkter fra deltakerne, som bidrar til nye perspektiver og gir et større mulighetsrom for dialog og polyfoni. • Bruke et relasjonelt fokus i dialogen, der man stiller spørsmål til flere enn én. Målet er å engasjere hele gruppen i en dialog rundt bestemte tema for å bidra til at flere «eier» temaet.

<p>De 7 grunnleggende prinsipper for organisering av den profesjonelle innsatsen i Åpen dialog</p>	<p>De 12 troskapskriteriene for terapeutisk utøvelse av Åpen dialog</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Dialogisme, der det handler om å få til en likeverdig dialog mellom deltakerne. Målet er å øke pasientens og familiens egne ressurser, samt indusere til endring. Alle problemer diskuteres med alle til stede. <p style="text-align: right;">(Seikkula Et Arnkil, 2007)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Være oppmerksom på det språklige meningsinnholdet i deltakernes utsagn, ved at terapeutene streber etter å kommentere og svare på det som blir sagt, på en måte som ser på symptomer eller problematferd som fornuftige eller naturlige reaksjoner på en vanskelig situasjon. • Vektlegge pasientens/klientens ord og historier – ikke symptomer, slik at personen får mulighet til å sette ord på vanskelige/psykotiske opplevelser. Målet er å gi stemme til personens opplevelse og gjøre den mer forståelig. Dette betyr ofte å fokusere på de små detaljene i personens beskrivelse av hva som skjedde, eller hva som faktisk skjer i rommet mens personen forteller sin historie. • Bruke refleksjoner mellom fagfolkene i møtet, der de andre deltakerne i møtet får muligheten til å lytte, for deretter å kunne kommentere på det de har hørt terapeutene snakke om. Målet med reflekterende prosesser er å skape bevegelse og bidra til nye perspektiver. • Være transparente, ved at alle samtaler om behandling skjer med alle til stede. • Tåle usikkerhet, enhver krise er unik. Forhastede beslutninger og raske konklusjoner om krisens natur, diagnose, medisiner og organisering av terapien unngås. I fellesskap forsøker man å finne løsninger på problemene. <p style="text-align: right;">(Olson et al., 2014)</p>

I to oversiktsartikler viser Buus og kolleger at Åpen dialog i nettverksmøter har lovende resultater som behandlingsmetode, både fra studier i Skandinavia (Buus et al., 2017) og verden for øvrig (Buus et al., 2021). Flere nyere studier omhandler klinikerens erfaringer med Åpen dialog i nettverksmøter (Buus, Leer, Mikes-Liu et al., 2022; Buus, Ong & McCloughen, 2022), Jacobsen & Karlsson, 2019; Ong et al., 2021; Schriver et al., 2022). Likt for studiene er at klinikerne beskriver endringer i måten de samhandler med pasienter og pårørende på. De utvikler dialogiske væremåter gjennom samhandling og deltakelse med pasienter og pårørende. Andre studier har undersøkt brukere og deres sosiale nettverks erfaringer med å delta i nettverksmøter (Buus & McCloughen, 2021; Suntharajah et al., 2022). Funnene viser at pasienter og familiene opplevde økt støtte og hjelp, men også økt ansvar for den enkelte. Betydelige forbedringer innen velvære og funksjon er også rapportert (Kinane et al., 2022). Forskingen om Åpen dialog er preget av småskalastudier med stor variasjon i design og gjennomføring (Buus et al., 2021). Freeman et al. (2019) påpeker behov for mer kvalitativ forskning som søker å forstå hvordan brukere og ansatte erfarer nettverksmøter. Denne forskningen anbefales å benytte standardiserte kvalitative analyser, eksakte og anerkjente evalueringsverktøy og inkludere flere deltakere. Det er derfor behov for videre forskning om tilnærmingen i ulike kontekster og sammenhenger for å øke kunnskapen og ta del i de ulike diskursene om Åpen dialog.

Artikkelen omhandler data fra en forskningsstudie om Åpen dialog. Hensikten med studien var å undersøke og beskrive utviklingen av Åpen dialog i nettverksmøter i seks offentlige enheter i de psykiske helsetjenestene i Norge. To enheter var kommunale psykiske helsetjenester og fire var spesialisthelsetjenester (døgn- og poliklinikker). Artikkelen undersøker og beskriver nettverksmøtelederens og nettverksmøtedeltakerens erfaringer med nettverksmøter i denne konteksten. Forsknings spørsmålene er som følger:

- Hvordan erfarer nettverksmøteledere å lede Åpen dialog i nettverksmøter?
- Hvordan erfarer nettverksmøtedeltakere å delta i nettverksmøter?

Metode

Forskningsdesign

Studien har et naturalistisk, longitudinelt og eksplorativt design, og gjør bruk av kvantitative og kvalitative metoder. Vi har brukt Braun & Clarke (2023) sine anbefalinger for å gjennomføre og rapportere tematisk analyse med høy kvalitet.

Studiekontekst

«Åpen dialog i nettverksmøter» er et forskningsprosjekt der formålet har vært å lære opp klinikere i Åpen dialog, for deretter å undersøke og beskrive erfaringer med utviklingen av tilnærmingen i seks ulike enheter i de regulære, offentlige psykiske helsetjenestene i Norge. En prosjektgruppe, sammensatt av representanter fra hver deltakende enhet, har hatt ansvar for prosjektplanlegging og gjennomføring. Første- og sisteforfatter har vært henholdsvis prosjektmedlem og prosjektleder i prosjektgruppen, samt hatt ansvaret for gjennomføring av forskningen. Begge har lang og bred erfaring med ulike utviklingsprosjekter knyttet til Åpen dialog. Prosjektet var delt inn i tre faser og hadde en varighet på 3,5 år. Første fase besto av gjennomføring og evaluering av et 6-dagers opplæringsprogram i Åpen dialog. Andre fase hadde fokus på erfaringer med utviklingen av Åpen dialog i deltakende enheter med veiledning og støtte fra prosjektet. Klinikerne hadde obligatorisk veiledning en gang hver måned. Alle veilederne hadde formell veilederkompetanse og kompetanse innen Åpen dialog. Veiledningene tok utgangspunkt i deltakernes behov. Tredje fase hadde fokus på erfaringer med utviklingen i de ulike enhetene uten veiledning og støtte fra prosjektet. Artikkelen fokuserer på data fra fase 2.

Deltakere

Totalt 36 klinikere (34 kvinner og 2 menn) fra fire enheter innen psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten (døgn- og poliklinikker), en enhet innen psykisk helsearbeid og en enhet innen rustjenesten i kommunehelsetjenesten samtykket til å delta i studien som nettverksmøteledere. Studien ble gjennomført i perioden 2019–2020 (totalt 18 måneder). Utvelgelsen av klinikere var strategisk. Klinikere som hadde gjennomført opplæringsprogrammet, ble rekruttert til videre deltakelse (n = 30). Andre klinikere med tilsvarende 10-dagers kurs eller formell utdanning innen Åpen dialog ble invitert til å delta for å styrke antallet deltakere (n = 6). Profesjonsfordelingen blant klinikerne var: 17 sykepleiere, hvorav 13 psykiatriske sykepleiere, 4 miljøterapeuter, 7 sosionomer, 3 psykologer, 2 psykiatere og 3 helsefagarbeidere. I løpet av studieperioden falt ni av klinikerne ut av studien grunnet endringer i stillingsforhold. En trakk seg fra studien uten oppgitt grunn.

Pasienter, det sosiale nettverket og andre fagfolk som deltok i nettverksmøtene ved de deltakende enhetene, ble invitert og informert om studien av nettverksmøtelederne på slutten av det første nettverksmøte de deltok på. Totalt 353 nettverksmøtedeltakere samtykket til å delta i studien.

Personvernombudet ved Akershus universitetssykehus tilrådet prosjektet. Data er lagret i henhold til personvernombudets krav til lagring og oppbevaring av data. Studien er ikke fremleggingspliktig for Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Alle som samtykket til deltakelse i studien, signerte et informert samtykke i forkant av deltakelse.

Datainnsamling

Standardiserte spørreskjemaer er brukt for innsamling av kvantitative data (Johannessen et al., 2015). Flerstegs fokusgruppeintervjuer er brukt for innsamling av kvalitative data (Hummelvoll, 2008).

Kvantitativ datainnsamling

Datainnsamling nettverksmøteledere

Etter hvert nettverksmøte fylte nettverksmøteledere ut et selvevalueringsskjema utviklet av Olson et al. (2014) hvor de tok stilling til om de tolv troskapskriteriene for Åpen dialog var til stede i nettverksmøtet (ja/nei), samt registrerte egen erfaring med Åpen dialog (deltatt på opplæringsprogrammet, deltatt på 10-dagers kurs i Åpen dialog, formell utdanning i Åpen dialog og erfaring med å lede nettverksmøter før opplæringsprogrammet). De registrerte også om det ble avtalt et nytt møte (ja/nei).

Datainnsamling nettverksmøtedeltakere

Alle nettverksmøtedeltakere som samtykket til studien, fikk etter hvert nettverksmøte utlevert skjemaet «Skala for vurdering av nettverksmøte», som er basert på «Skala for gruppevurdering» (Duncan et al., 2003). Siden skjemaet kun skulle anvendes til analyse på gruppenivå, valgte prosjektgruppen bort kolonner for utfylling av personalia som kunne spore deltakerne. Skjemaet inneholdt kun tre avkrysningsbokser med kategoriene pasient/bruker, sosialt nettverk/familie, og offentlig nettverk/fagperson. I tillegg kunne deltakerne krysse av for hvordan de, på en visuell, analog skala (0–10), vurderte gjennomføringen av nettverksmøtet. Hver vurdering var formulert som motsatte opplevelser.¹ Skjema ble

-
1. Jeg følte meg ikke forstått, respektert og/eller akseptert av møtelederne og gruppen – Jeg følte meg forstått, respektert og/eller akseptert av møtelederne og gruppen, Vi arbeidet ikke med eller snakket om det jeg ønsket å arbeide med eller snakke om – Vi arbeidet med eller snakket om det jeg ønsket å arbeide med eller snakke om, Møteledernes og/eller gruppens arbeidsmåte passet ikke for meg – Møteledernes og/eller gruppens arbeidsmåte passet for meg, Det var noe som manglet i møtet i dag, jeg følte meg ikke som en del av gruppen i dag – Som helhet var møtet godt for meg, jeg følte meg som en del av gruppen.

puttet direkte i konvolutter av deltakerne selv og limt igjen, utilgjengelig for alle andre enn forskerne.

Kvalitativ datainnsamling

Flerstegs fokusgruppeintervjuer ble brukt for å samle inn kvalitative data om klinikerens erfaringer med å lede nettverksmøter. Slike intervjuer gir muligheten for å forstå et fenomen i dybden ved at den samme gruppen møtes flere ganger og får anledning til å utdype og samtale om et tema eller fenomen over tid (Hummelvoll, 2008). Det ble gjennomført intervjuer etter 3, 9 og 18 måneders utviklingsperiode. Klinikerne var delt inn i 6 grupper (en for hver enhet som deltok). Tre intervjuer med hver gruppe resulterte i totalt 18 fokusgruppeintervjuer à 1,5 timer. Alle intervjuene ble gjennomført ved klinikerens arbeidssteder. Ikke alle deltakende klinikere deltok på hvert intervju. Arbeidspress, samtidighetskonflikt, ferie og sykdom ble oppgitt som årsak for fravær. Alle deltakende klinikere deltok på minst ett fokusgruppeintervju. Første- og sisteforfatter gjennomførte intervjuene i fellesskap. Vi brukte en utforskende intervjuform med en ikke-styrende stil og åpne spørsmål der strukturen i liten grad var planlagt på forhånd, for å gi deltakerne mulighet til å snakke mest mulig fritt om tema. Vi hadde derfor kun et introduksjons-spørsmål: Hvordan erfarer dere utviklingen av Åpen dialog i egne enheter? Deretter fulgte vi opp deltakernes utsagn for å få mer informasjon og nye innfallsvinkler til emnet (Kvale & Brinkmann, 2015). Forskningsspørsmålene til denne artikkelen er basert på hva som manifesterte seg i datasettet etter at alle intervjuene var gjennomført. Alle intervjuene ble tatt opp digitalt. Et foreløpig sammendrag av transkripsjonene ble gjort av første- og sisteforfatter og presentert for deltakerne i oppstarten av påfølgende intervjurunde. Denne samtalen ga deltakerne muligheten til å korrigere og gi tilbakemeldinger, og var opptakten til det forestående intervjuet.

Analyser

Kvantitative data ble visuelt undersøkt for normalfordeling med histogrammer og viste klar skjevfordeling i ordinal- og skalabaserte data. Deskriptiv statistikk med andeler, variasjonsbredde, medianverdier og standardavvik ble derfor benyttet for analyse (Johannessen et al., 2015). Sammenhenger mellom kurs, tidligere erfaring med nettverksmøter og antall møter nettverksmøtelederne ledet, ble undersøkt med ikke-parametriske korrelasjonsanalyser (Kendall's tau-b). Alle analyser ble gjennomført i IBM SPSS Statistics 28.

Refleksiv tematisk analyse (RTA) ble brukt for analyse av kvalitative data. RTA gir rom for en fleksibel og kreativ prosess som er nyttig når man undersøker nytt forskningsmessig terreng (Braun & Clarke, 2022). Analyseprosessen startet med at førsteforfatter leste gjennom hele datasettet for å gjøre seg kjent med datamaterialet. Så ble hele datasettet gjennomgått på nytt med fokus på å kode alle meningsbærende enheter med utgangspunkt i forskningsspørsmål 1. En semantisk (deltakerdrevet, deskriptiv) tilnærming i kodingen ble vektlagt (Braun & Clarke, 2022). Kodingen ble gjennomført ved hjelp av Microsoft Word, som innebærer at alle meningsbærende enheter ble markert, og koden skrevet i kommentarfeltet (Byrne, 2021). Alle kodene ble deretter skrevet over på post-it-lapper for så å bli satt sammen i grupper med likt meningsinnhold. Bruk av post-it-lapper gjorde den analytiske prosessen med å utvikle temaer mer oversiktlig og kreativ. I denne fasen ble kodene revurdert. Noen koder ble eliminert fordi de fremsto som løse fragmenter uten meningsbærende innhold relatert til forskningsspørsmålet. De foreløpige analysene ble deretter presentert for andre- og sisteforfatter i den hensikt å revurdere og videreutvikle temaene sammen med mer erfarne forskere (Braun & Clarke, 2021). Deretter ble den endelige analysen ferdigstilt av førsteforfatter.

Funn

Kvantitative funn

Tabell 2 viser klinikerens kurs, utdanning og erfaring med Åpen dialog før studien. Ti klinikere hadde kun deltatt på opplæringsprogrammet. Ti klinikere hadde deltatt på 10-dagerskurset, eller begge kurs. Syv klinikere hadde deltatt på kurs og hadde formell utdanning, mens to kun hadde formell utdanning.

Tabell 2. Klinikernes kurs, utdanning og erfaring med nettverksmøter

Totalt antall klinikere	Opplæringsprogrammet i ÅD	10-dagers kurs i ÅD	Formell utdanning i ÅD (30/60 studiepoeng)	Erfaring med nettverksmøter før studien
29	24	14	9	15

ÅD = Åpen Dialog.

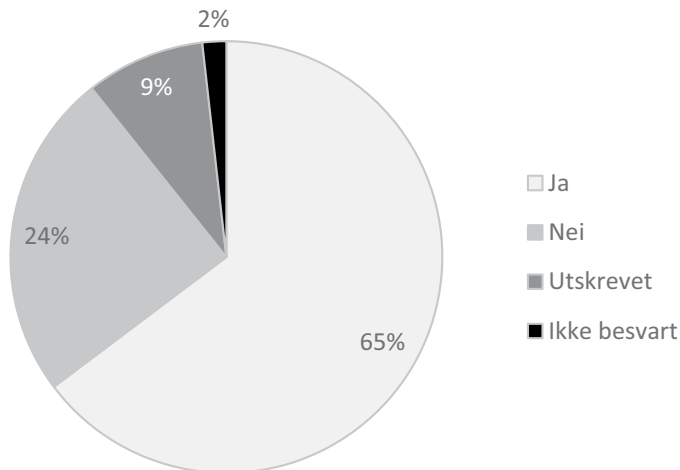
Totalt 29 klinikere fylte ut 313 selvevalueringsskjema for nettverksmøteledelse. Antall nettverksmøter hver enkelt kliniker ledet i studieperioden, varierte

betydelig (variasjonsbredde 1 til 78 møter, median = 6). Ti klinikere gjennomførte minst 10 nettverksmøter. Av disse hadde kun to opplæringsprogrammet som eneste grunnlag, mens åtte hadde kurs og erfaring med nettverksmøter fra tidligere. Nitten klinikere ledet færre enn ti møter, hvorav ni klinikere kun ledet 1–2 møter. Av disse nitten hadde åtte klinikere flere kurs, men ingen tidligere erfaring med nettverksmøter, mens fem kun hadde opplæringsprogrammet som grunnlag og ingen erfaring med nettverksmøter fra tidligere. Klinikere som manglet erfaring med nettverksmøter før studien, gjennomførte signifikant færre nettverksmøter i studieperioden sammenliknet med møteledere som hadde slik erfaring (Kendall's $\tau_b = .416$, $p = .01$). Tabell 3 presenterer nettverksmøtelederes selvevaluering i forhold til troskapskriteriene for Åpen dialog.

Tabell 3. Nettverksmøteledernes selvevaluering av troskap i utøvelsen av Åpen dialog (313 skjemaer totalt)

Troskapskriterier i utøvelsen av Åpen dialog	Ja [N (%)]	Nei [N (%)]	Delvis [N (%)]	Ikke avkrysset [N (%)]
To møteledere	269 (85,9)	43 (13,7)	0 (0)	1 (0,3)
Sosialt nettverk	313 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Åpne spørsmål	305 (97,4)	6 (1,9)	0 (0)	2 (0,6)
Respondere på pasientens/klientens ulike ytringer	310 (99,0)	1 (0,3)	2 (0,6)	0 (0)
Fremdyrke betydningen av tilstedeværelse/vektlegge øyeblikket	289 (92,3)	11 (3,5)	11 (3,5)	2 (0,6)
Stimulere til mangfold av synspunkter fra deltakerne	280 (89,5)	27 (8,6)	5 (1,6)	1 (0,3)
Bruke et relasjonelt fokus i dialogen	279 (89,1)	32 (10,2)	1 (0,3)	1 (0,3)
Være oppmerksom på det språklige meningsinnholdet i deltakernes utsagn	194 (62,0)	69 (22,0)	6 (1,9)	44 (14,1)
Vektlegge pasientens/klientens egen ord og historier – ikke symptomer	291 (93,0)	16 (5,1)	3 (1,0)	3 (1,0)
Bruke refleksjoner mellom fagfolkene i møtet	231 (73,8)	79 (25,2)	0 (0)	3 (1,0)
Være transparente	272 (86,9)	25 (8,0)	9 (2,9)	7 (2,2)
Tåle usikkerhet	291 (93,0)	17 (5,4)	2 (0,6)	3 (1,0)
Alle kriteriene er brukt i møtet	116 (37,1)	197 (62,9)	0 (0)	0 (0)

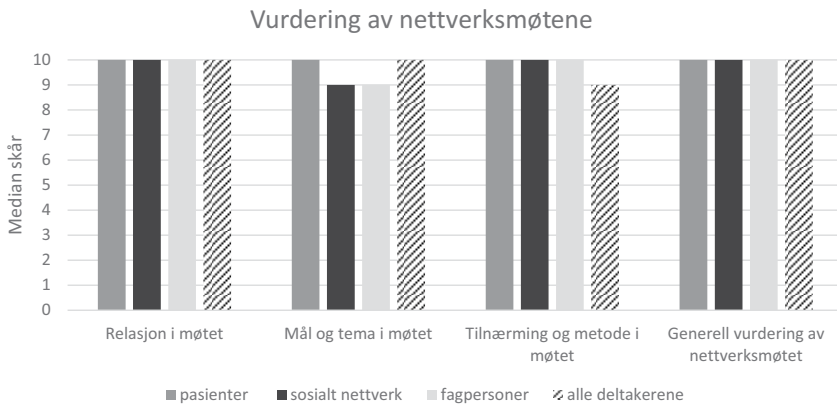
Det ble levert inn 224 registreringsskjemaer for gjennomførte nettverksmøter. Figur 1 gir oversikt over om det ble avtalt nye nettverksmøter.



Figur 1. Avtale om nytt nettverksmøte.

Det ble levert inn 506 skjemaer for vurdering av nettverksmøtet, som representerer nettverksmøtedeltakernes erfaringer. Nettverksmøtedeltakerne besto av 91 pasienter, 223 personer fra pasientenes sosiale nettverk, 139 fagpersoner som deltok som profesjonelt nettverk, samt 53 personer som ikke har angitt rolle i møtet. Figur 2 viser nettverksmøtedeltakernes median skår (alternativ 0–10, der 10 er best) for vurdering av nettverksmøte, operasjonalisert i de fire temaene Relasjon, Mål og tema, Tilnærming og metode, Generell vurdering. Det var ingen signifikante forskjeller mellom hvordan nettverksmøtene ble vurdert av pasienter, pårørende eller fagpersoner (Kruskal-Wallis test, $p = 0.36-0.76$).

Oppsummert viser de kvantitative funnene at 1/3 av klinikerne ledet størstedelen av nettverksmøtene. Det var en sterk, signifikant sammenheng mellom tidligere erfaring med nettverksmøter og høyere antall gjennomførte nettverksmøter. Troskapskriteriene indikerer at møtelederne selv opplever å lykkes med å følge de fleste kriteriene, men at de i mindre grad har brukt reflekterende team som verktøy i møtene eller hatt fokus på det språklige meningsinnholdet i deltakernes utsagn. Samtidig opplever møtelederne å ha fulgt opp alle troskapskriterier i kun en drøy tredjedel av møtene. Nettverksmøtedeltakerne vurderte sine erfaringer med nettverksmøter høyt (median = 9–10), og i 65 prosent av møtene ble det avtalt et nytt nettverksmøte.



	Variasjonsbredde (SD)	Variasjonsbredde (SD)	Variasjonsbredde (SD)	Variasjonsbredde (SD)
Pasienter	0 – 10 (1,8)	4 – 10 (1,3)	5 – 10 (1,3)	5 – 10 (1,3)
Sosialt nettverk	0 – 10 (1,2)	3 – 10 (1,4)	0 – 10 (1,6)	2 – 10 (1,4)
Fagpersoner	7 – 10 (0,7)	5 – 10 (1,0)	6 – 10 (0,9)	5 – 10 (0,9)
Ukjent rolle	5 – 10 (1,9)	3 – 10 (1,5)	4 – 10 (1,4)	5 – 10 (1,0)

Figur 2. Nettverksmøtedeltakeres vurdering av nettverksmøtene.

Kvalitative funn

Analysen av fokusgruppeintervjuene genererte fire relaterte temaer. De to første temaene fokuserer på nettverksmøteledernes utfordringer med å lede nettverksmøter: 1. Å ivareta alle deltakerne i nettverksmøtet er en stor utfordring. 2. Reflekterende samtaler – den vanskeligste ferdigheten å tilegne seg. De to siste temaene omhandler endringene nettverksmøtelederne erfarte gjennom Åpen dialog i nettverksmøter: 3. Når familiene kommer på banen, endres alt. 4. Å arbeide med Åpen dialog er en dannelsesreise.

Å ivareta alle deltakerne i nettverksmøtet er en stor utfordring

Å ivareta alle deltakerne i nettverksmøtet var viktig for nettverksmøtelederne. Dette forstått som at alle deltakerne skulle føle seg inkludert, få sjansen til å komme med sitt perspektiv, bli støttet og respektert. Mange nettverksmøteledere beskrev utfordringer med å få det til. Flere erfarte at når deltakerne snakket sammen, var det ofte noen stemmer som var sterkere og tok mer plass i møtet enn andre. I slike situasjoner strevde nettverksmøtelederne med å gi plass til alle. En fortalte: «Ja, for de snakka om dette veldig såre temaet, og så fikk ikke mor sagt noe om det, for hun ble jo så lei seg, og før vi eller mor fikk sagt noe, så var de over på en ny greie.» Flere erfarte at egne følelser som

medfølelse eller antipati kom i veien for å ivareta alle deltakere i møtet. En forklarte: «Vi klarte ikke å ivareta hovedpersonen fordi vi fikk så vondt av datteren. Det har jeg kjent mye på. Det der å skulle ivareta alle.» Å ivareta alle deltakerne i nettverksmøtet når det var konflikter eller sterke emosjoner mellom deltakerne, var også et ansvar nettverksmøtelederne kjente på. Nettverksmøtelederne hadde erfart mange møter der pasienten var frustrert og sint på sin familie, og/eller familiemedlemmer var frustrerte og sinte på pasienten. Dette var ubehagelig for mange nettverksmøteledere å være vitne til. Mange var usikre på hvordan de skulle håndtere slike situasjoner. En sa: «Det var ganske høy temperatur, og mange tårer. Og på et tidspunkt så tenkte jeg, *hvordan skal dette gå?*» Noen forsøkte å løse konflikten ved å forsøke å skifte tema. En fortalte: «Vi prøvde å avlede. Vi prøvde å tenke fremover. Hvordan blir bedringsprosessen? Hva skjer videre? Og det var liksom bare tilbake til at vi var udugelige. Det var de veldig opptatt av.» Andre ble passive. En fortalte: «Og det var helt grenseløs kritikk mot foreldrene. Og det bare ... det rant ... Og hvor de ... ja, det syns jeg var kjempevanskelig. I hvert fall følte jeg meg som en liten ... *dette kan ikke du!* Eller *dette skjønner du ikke!* Og jeg kjente at samme hva jeg sier nå, så blir det tordenvær. Vi følte begge to at dette her, det får vi ikke til altså.»

Et annet aspekt ved å ivareta alle deltakerne var å ivareta kollegaer som deltok i nettverksmøtene. Mange møter var preget av sterke emosjoner der familiene var frustrerte og sinte på behandlerne som hadde ansvaret for behandlingen. Mange ganger var trykket så stort fra familiene at nettverksmøtelederne ikke maktet å ivareta sine kollegaer slik de ønsket. En fortalte: «Og de [behandlerne] spurte om hvorfor vi ikke klarte å stoppe det [alle beskyldningene fra pasient og pårørende]. De var ganske sinte på oss. Og litt overraska over at vi ikke ... eller de hadde kanskje forventa at dette skulle vi sagt noe om, og at vi kunne ha støtta dem litt mer i møtet.» Forestillingene om å ivareta alle deltakerne i møtet preget mange nettverksmøtelederens selvforståelse. Å ikke klare å ivareta alle deltakerne ble likestilt med å gjøre en dårlig jobb med å lede møtet. Flere nettverksmøteledere hadde avsluttet møter der de ikke maktet å håndtere de sterke emosjonene og konfliktene som oppsto. Noen hadde vanskeligheter med å lede nye nettverksmøter etter slike opplevelser. En forklarte: «Da har vi på en måte kjent at ... skal vi vente og se litt? Til vi blir litt tryggere først.» Noen nettverksmøteledere opplevde at andre kollegaer i egen enhet avbrøt og avsluttet nettverksmøtet de ledet. Dette bidro til usikkerhet og følelsen av tilkortkommenhet som nettverksmøteledere.

Reflekterende samtaler – den vanskeligste ferdigheten å tilegne seg

Reflekterende samtaler var den ferdigheten mange nettverksmøteledere strevde mest med å tilegne seg. Det var det som ble opplevd som mest uvant og annerledes i utøvelsen av Åpen dialog, og var tema i samtlige fokusgrupper. I dette lå en bekymring for ikke å mestre denne måten å arbeide på. Flere snakket om at det var vanskelig å vite når i nettverksmøtet man burde gå inn med reflekterende samtaler, og hvordan refleksjonen skulle gi retning og mulige endringer på områder deltakerne var opptatt av. Flere erfarte at de brukte hele møtet på å vurdere når de skulle bruke refleksjon, og når de skulle la samtalen gå. Noen strevde med å tenke ut noe å si som kunne være interessant for deltakerne. Andre lurte på hvordan man best kunne ordlegge seg. Og når de gikk inn i seg selv på denne måten, mistet de fokus på samtalene i nettverksmøtet. En forklarte: «Så, skal jeg ta det nå? Skal jeg gjøre det nå? Kan jeg vente? Og så mister man litt den der ... For da begynner den indre dialogen.» Å reflektere over uro blant deltakerne var også mange ukomfortable med. En fortalte: «Jeg synes det er vanskelig å reflektere over uro. Det er ... hvis du merker veldig uro, så kan jeg kjenne på at det er ubehagelig. Og så får jeg lyst til å, jeg vet ikke, trøste eller ... jeg blir litt ukonsentrert, sånn at jeg ikke får med meg andre viktige ord som blir sagt.» Flere fortalte at de aldri hadde forsøkt å bruke reflekterende samtaler til å tematisere uro eller konflikter som oppsto i enkelte møter. Flere forklarte at de ikke hadde tenkt på det som en mulighet. Andre var for utrygge i situasjonen til å forsøke. Samtidig hadde flere nettverksmøteledere erfart at reflekterende samtaler i nettverksmøter førte til bevegelse og endringer i dialogen. Flere påpekte at reflekterende samtaler hadde løst mange fastlåste situasjoner. En fortalte: «Det gjorde noe i den familien, det er jeg ikke noe i tvil om i det hele tatt. Det skapte en forandring.»

Nettverksmøtelederne erfarte at refleksjonene også var fremmed for pasienter og pårørende. En forklarte: «I sist møte så var det noen som kom inn og noen som gikk ut mens vi reflekterte, så det ble jo litt sånn ... Skal vi avslutte, eller skal vi ta en pause, eller hva?» Mange erfarte at refleksjonene likevel skapte begeistring hos pasienter og pårørende. En fortalte: «Jeg hadde et nettverksmøte med ei ung jente. Og så skulle vi begynne å reflektere. Og så sa hun, *Du, hør her nå, fattern! Nå begynner dem!* Hun var så begeistra for det.» Flere fortalte at de hadde fått tilbakemeldinger fra deltakerne om at de følte seg sett, hørt og forstått gjennom refleksjon. En fortalte: «Mange pasienter sier, når vi åpner opp etter refleksjon, og mange begynner å gråte mens vi reflekterer ... at de føler seg sett, og at vi virkelig har forstått og snakker om det som er betydningsfullt.

Og at vi faktisk hører etter.» Positive tilbakemeldinger fra deltakerne hadde stor betydning for nettverksmøteledernes selvtillit i reflekterende samtaler.

Når familiene kommer på banen, endres alt

Nettverksmøtelederne erfarte at prosessene i nettverksmøtene ga familiene mulighet for å snakke sammen og tematisere ting som ellers ikke ville bli satt ord på. Nettverksmøtelederne hadde mange eksempler på den sterke samhørigheten og tilliten som utviklet seg mellom familiene i nettverksmøtene, og hvordan det kunne bidra til endringer. En fortalte: «Og alle satt og gråt etter hvert. Det ble et veldig følelsesladet møte. Jeg merka jo at jeg ble berørt selv.» En annen sa: «Han var redd for at han ville såre faren og moren ved å være så ærlig om hvordan han opplevde deres krangler. Så resulterte jo det i at faren sa at *Nei, dette er bra at du sier. Det er fint å høre deg si det.* Og så ga de hverandre en klem.» Når familiene ble engasjert i en felles prosess med fagfolkene, ble familiene ofte mer engasjerte og uttrykksfulle enn i andre fora, så som samarbeidsmøter. Det resulterte mange ganger i høy «temperatur» i møtene. Selv om nettverksmøtelederne ble utfordret i slike situasjoner, tok mange til orde for at slike prosesser var naturlige og nødvendige. En uttalte: «Det er en helende kraft i det å få muligheten for å uttrykke sine følelser.» Betydningen av å ha fokus på det som pasientene og deres familier var opptatte av, ble løftet frem og beskrevet som en viktig og riktig endring. Et slikt fokus bidro til å tematisere viktige aspekter av betydning for familiene. Gjennom slike prosesser opplevde nettverksmøtelederne at mange familier ble forsonet. En sa: «Det løste seg fordi nettverket deltok.» Nettverksmøtelederne var opptatt av å mestre den nye måten å arbeide sammen med familiene på. Samtidig utfordret disse prosessene mange nettverksmøteledere. Mange opplevde det som uvant å ha en mer tilbaketrukket rolle. Flere fortalte at de øvde på å ikke ta så stor plass i møtet. En sa: «Utfordringen er å holde kjeft [sånn at familiene får plass].» Det var enighet om at når de klarte «å sitte på henda» og være tilbaketrukket, fikk familiene mer plass. En uttalte: «Når familien deltar, endres ting til det bedre ganske fort.» En annen fortalte: «Jeg har fått sånne typer utsagn som at *vi har aldri i vår familie snakka sånn som vi gjør nå noen gang. Aldri.* Og da er det sånn at du kjenner at dette her er bare så fint.»

Å arbeide med Åpen dialog er en dannelsesreise

Nettverksmøtelederne beskrev hvordan nettverksmøtene forandret dem som personer og fagpersoner. Flere beskrev det som en dannelsesreise. I det lå

erkjennelsen av betydningen av å inkludere de viktigste personene i pasientens liv, og forståelsen for at man som fagperson ikke er den viktigste personen i møtet. En forklarte: «Jeg tenker at jeg ikke kan jobbe på en annen måte. Jeg kan ikke la være å inkludere de viktige personene i pasienters liv. Det bare ser jeg så verdien i. Så det har gjort veldig mye med meg som fagperson.» Denne forståelsen bidro til endringer også utenfor nettverksmøtene. En forklarte: «Jeg trekker gjerne pårørende inn i samtalen, selv om de ikke er der. *Hva ville din mor sagt hvis hun hadde hørt deg nå? Hva ville onkel sagt? Eller Vet din far om at du er her? Hva syns han om det?* Så sånn sett så er vi 'flere' på kontoret nå enn vi var før.» Likevel hadde nettverksmøtelederne eksempler på at de ikke alltid klarte å holde denne nye posisjonen, når de i frustrasjon besluttet å avslutte nettverksmøtene uten å ta det opp med alle involverte, eller når de sammen med kolleger besluttet å vente med nettverksmøter fordi de mente pasienten var for syk til å delta. Da slo «ekspertrollen» inn, og de glemte å involvere dem det gjaldt, i beslutningene. Noen mente dette var et utslag av helsepersonells selvforståelse som hjelpere, der man i beste mening ønsket å beskytte pasientene og familiene. En fortalte: «Vi har en historie med å behandle eller hjelpe pasienter som vi tenker ikke klarer å ivareta sitt eget beste, og som gjør at vi går inn og tenker at vi mener at det er best for dem.»

Nettverksmøtelederne hadde mange erfaringer med å motvirke «gamle» impulser. Ved alltid å la pasienter og familier få snakke først i nettverksmøtene sørget mange av nettverksmøtelederne for at fokuset var på familiene. Ved selv å utholde stillheten som opptrer i enkelte nettverksmøter, ga nettverksmøtelederne muligheten for at andre kunne ta ordet. En forklarte: «Det er jo ubehagelig å stille et spørsmål til noen, og så får du ikke svar. Det blir bare taushet. Da er det lett for oss å prøve å gå videre ved å snakke. Men jeg har også lært å tørre å holde ut og sitte i stillhet.» En annen uttalte: «Jeg sitter og tenker på at man burde snakke litt mer med nye leger om dette. For jeg kjenner litt på det, at når det blir stille, så ser de på meg som om ... *ja, har ikke du tenkt til å si noe nå?* Jeg prøver å forklare litt altså, men jeg tenker spesielt den stillheten, det har tatt meg flere ganger, at de sitter og ser på meg. *Bare sitter du der?»* En annen fortalte: «Og det var et møte som jeg ... jeg tror aldri jeg har prøvd å holde ut stillhet så lenge i noen møter som jeg gjorde da. Men det var effektivt altså. Vi satt og vi satt. Så begynte [pasienten] å snakke ...» Å lede nettverksmøter med en mer erfaren kollega bidro til at mer rutinerne nettverksmøteledere holdt ut usikkerheten i møtet og lot deltakerne få plass. Fleksibilitet og evnen til å lese situasjonen ble trukket frem av flere som løsning på utfordringene de sto i. Å ta

pauser på det mest intense bidro ofte til at nettverksmøtelederne kunne gå videre etter pausen. Noen hadde erfart at å reflektere over egen uro i møtene kunne bidra til et stemningsskifte. Flere hadde også erfaring med å bruke tid på å lytte til frustrasjonene fra deltakerne, fordi de opplevde at det hadde en dempende effekt. Mange pårørende hadde for første gang muligheten til å snakke ut om sine frustrasjoner. Når disse hadde blitt satt ord på, ble emosjonene mildere og man kunne gå videre. En fortalte: «Noen ganger er vi de første som får høre om alt hva de har tenkt om tidligere behandling, eller mangel på oppfølging. Så du tar ofte imot en oppsamling av frustrasjon og bekymringer.» En annen uttalte: «Men det tror jeg er viktig altså. Å bare få ut den frustrasjonen. Og også si at det faktisk er helt greit at du forteller oss hvordan dere har hatt det.» I denne sammenheng påpekte flere nettverksmøteledere viktigheten av å gi kolleger som ikke var kjent med nettverksmøter god informasjon i forkant av nettverksmøtene. Slik kunne også de få innsikt i prosessene, og kanskje tåle å stå i ubehaget til det fikk en løsning. Erfaringene bidro til nettverksmøteledernes dannelsesreise og den fremvoksende forståelsen for å inkludere pasienter og det sosiale nettverket i all behandling.

Diskusjon

Denne studien beskriver en gruppe nettverksmøtelederes komplekse erfaringer med å lede nettverksmøter, og en gruppe nettverksmøtedeltakeres erfaringer med å delta i nettverksmøtene. Funnene viser at nettverksmøteledere opplevde utfordringer med å ivareta alle deltakere i nettverksmøtene, håndtere nettverksmøtedeltakeres engasjement, samt å gjennomføre reflekterende samtaler. Samtidig viser studien at nettverksmøteledere erfarte en personlig og faglig dannelsesreise der inkludering og samhandling med familiene løftes frem. Studien viser også at nettverksmøtedeltakere erfarte å bli forstått, respektert og akseptert, fikk snakke om det som var viktig for dem, og at arbeidsmåten passet godt for dem.

De kvalitative funnene våre viser at mange nettverksmøteledere strevde med å gjennomføre reflekterende samtaler. De kvantitative funnene viser også at tro-skapskriteriet «bruke refleksjoner/reflekterende team mellom fagfolkene i møtet» ble skåret som minst til stede i nettverksmøtene. Reflekterende samtaler har betydning for dialogen, og er med på å skape bevegelse og større forståelse for erfaringene som deles i nettverksmøtene (Seikkula & Arnkil, 2013). Det gir også muligheter for at nettverksmøtedeltakerne kan lytte uten forventninger om å respondere til nettverksmøteledernes ytringer (Olson et al. 2014). Når nettverksmøtelederne ikke gjennomførte reflekterende samtaler, mistet de en mulighet

for bevegelse og mulige nye forståelser av situasjonen. Det kan være en av årsakene til at de opplevde fastlåste situasjoner preget av sinne og frustrasjoner. Når nettverksmøteledere maktet å gjennomføre reflekterende samtaler i møtet, erfarte de ofte positiv respons og endringer av situasjonene. Vår studie kan tyde på at nettverksmøtelederne, gjennom å holde ut egen usikkerhet, lytte og anerkjenne mangfoldet i uttrykkene i møtet, bidro til at deltakerne kunne fortsette dialogene i møtet. Disse funnene kan ses i lys av de kvantitative funnene som viser at troskapskriteriene «bruke åpne spørsmål» og «respondere på pasientens/klienters ytringer» ble brukt i de fleste nettverksmøtene. Dette er kriterier som bidrar til å gi familiene mulighet for å snakke om det de er opptatt av (Olson et al., 2014). Våre data viser at et flertall av nettverksmøtedeltakerne skårer at de følte seg forstått, respektert og akseptert, og snakket om det de ønsket å snakke om. Det tyder på at nettverksmøteledere i mange tilfeller har lyktes med å holde fokuset på det nettverksmøtedeltakerne hadde behov for å snakke om. Det ser derfor ikke ut til at nettverksmøtelederens opplevelse av krevende møter har sammenheng med om møtedeltakere vurderte nettverksmøtene som gode eller nyttige. Våre funn viser at nettverksmøtedeltakere, uavhengig om de var pasienter, sosialt nettverk, eller andre fagpersoner, skårer høyt på alle fire vurderingsparameterne (opplevde meg forstått, respektert, akseptert / snakket om det jeg ønsket å snakke om / arbeidsmåten passet for meg / alt i alt så var møtet godt for meg). Bargmann (2017) understreker at høy skår ikke nødvendigvis er et uttrykk for en sterk allianse, men at det like mye kan innebære at personene ikke er trygge nok til å gi en negativ tilbakemelding. Besvarelsene i skjema for vurdering av nettverksmøte ble innlevert anonymt av deltakerne, slik at nettverksmøtelederne ikke hadde muligheter for å sjekke hva deltakerne hadde skåret. Dette kan indikere at problemet med utrygghet ikke var særlig fremtredende i vår studie. Median 9 og 10 tyder på at deltakerne i hovedsak hadde positive erfaringer med nettverksmøtene der de opplevde seg forstått, respektert og akseptert. Våre funn samsvarer med funn fra andre studier som viser at deltakere formidler opplevelse av økt støtte og hjelp med Åpen dialog (Gidugu et al., 2021; Kinane et al., 2022; Sunthararajah et al., 2022; Twamley et al., 2020). Variasjonsbredden på skårene blant nettverksmøtedeltakere i vår studie indikerer likevel at noen nettverksmøtedeltakere fant tilnærmingen utfordrende. Dette fremkommer også i studien til Twamley et al. (2020).

Nettverksmøtelederne beskrev at de gjennom Åpen dialog i nettverksmøter opplevde en ny måte å inkludere og samarbeide med familiene på. Ifølge Seikkula & Arnkil (2013, s. 96) er målet med Åpen dialog å etablere et godt og likeverdig

samarbeid mellom de ulike deltakerne i møtet. Forfatterne beskriver hvordan samarbeidet og dialogen utvikler en ny form for ekspertise. Samarbeidende terapier likestiller terapeut og klient og anerkjenner begges erfaring og kunnskap (McLeod & Sundet, 2022). Sundet (2011) viser til samtalen, deltakelse og fellesskap som kjerneelementer ved hjelpsom terapi, og løfter særlig frem delte opplevelser, feedback og samarbeid. Det er kanskje disse elementene i det nye samarbeidet flere nettverksmøteledere lyktes med. I lys av dette kan deltakernes høye skår på vurdering av nettverksmøtene bedre forstås.

Mange nettverksmøteledere i studien hadde begrenset erfaring med å lede nettverksmøter. Våre funn viser at de fleste av klinikerne ledet nettverksmøter, men at mange ledet få møter i løpet av en periode på 18 måneder. Våre kvalitative funn viser utfordringene klinikerne hadde med å lede nettverksmøter. Selv om samarbeid mellom flere deltakere er mer komplisert enn individuelle samtaler, forventes nettverksmøtene ofte å fungere av seg selv. Når flere mennesker møtes, er sannsynligheten stor for at man snakker forbi eller i munnen på hverandre, istedenfor å skape en givende og utviklende samtale (Seikkula & Arnkil, 2007). Dette synes bekreftet i våre funn. Flere nettverksmøteledere beskrev nettopp kaotiske møter der de ikke kom i posisjon til å lede, ble utrygge og vegret seg for nye møter. Mye tyder på at slike opplevelser påvirket hvor mange nettverksmøter de uerfarne nettverksmøtelederne ledet. De kvantitative funnene viser også en sterk sammenheng mellom manglende erfaring med nettverksmøter og antall nettverksmøter nettverksmøtelederne gjennomførte i studieperioden.

Troskapskriteriene ble brukt som en gjennomgang mellom de to nettverksmøtelederne etter hvert nettverksmøte, for å øke bevisstheten om elementer som fremmer Åpen dialog (Olson et al., 2014). I tillegg var det obligatorisk veiledning for nettverksmøteledere der man også øvde på å lede nettverksmøter. Simuleringsbasert trening øker kunnskap og gir muligheter for praksis (Ericsson, 2015). Dette bekreftes i erfaringer med utdanningsprogrammer innen Åpen dialog, der ferdighetstrening og veiledning er viktige deler av kompetanseutviklingen (Putman & Martindale, 2022). Slike sosiale læringsprosesser øker læring og bidrar til faglig og personlig vekst (Buus, Leer, Mikes-Liu et al., 2022). Veiledning og øvelser kan dermed motvirke frustrasjon, følelsen av å ikke meste, og øke sjansen for et dialogisk nettverksmøte.

Styrker og begrensninger

Vi har brukt kvantitative og kvalitative metoder som gir mulighet for bredere forståelse av tema. Flerstegs fokusgruppeintervjuer bidrar til dybde og større

innsikt i et tema ved å intervju den samme gruppen over tid. Et deltakende design har gitt nettverksmøtelederne mulighet for å gi tilbakemeldinger og rette opp misforståelser.

Første- og sisteforfatter har gjennom prosjektperioden blitt godt kjent med deltakerne i studien. Dette kan ha bidratt til tillit og trygghet i intervjusituasjonene. God kjennskap til Åpen dialog kan ha bidratt til nyanseringer av temaene i intervjuene og forhindre misforståelser og forenklinger i analysearbeidet. Samtidig kan vår nærhet til prosjektet ha bidratt til at enkelte deltakere ikke har uttalt seg fritt om tema.

I studieperioden ble verden rammet av pandemi og Norge stengt ned i lange perioder. Dette bidro til at mange nettverksmøter ble avlyst. Flere enheter omdirigerte klinikere for å løse utfordringer med pandemien, og noen skilte nettverksmøteledere i forskjellige team slik at de ikke kunne arbeide sammen. Slike strukturelle hindringer bidro sannsynligvis til færre gjennomførte nettverksmøter.

Bruk av spørreskjemaer kan gi begrensninger i studien. Vi har samlet inn data på gruppenivå. Vi kan derfor ikke følge enkeltdeltakere gjennom studien, eller koble nettverksmøtelederens troskap til nettverksmøtedeltakeres vurderinger av nettverksmøtene. Troskapskriteriene som ble brukt i studien, hadde kun et dikotomt svaralternativ. Graderte svaralternativer kunne gitt større variasjon i møteledernes vurderinger av nettverksmøtene. Skjemaet har senere blitt videreutviklet, og gir nå en mulighet for å gradere kriterienes tilstedeværelse i nettverksmøtet (Olson, 2022, s. 245). Det er grunn til å stille spørsmål om de dialogiske prinsippene og troskapskriteriene er gode nok for å støtte utvikling av ferdigheter innen Åpen dialog. Sett i lys av denne artikkelen burde bevissthet om affekter og følelsesmessig overveldelse kanskje inkluderes og vektlegges.

Anonyme tilbakemeldinger fra nettverksmøtedeltakere har begrenset muligheten for å se utviklingen i de enkelte familiene som deltok, hvor mange nettverksmøter de enkelte familier hadde, og å sammenlikne deltakernes skår med nettverksmøtelederens selvevaluering. Besvarelsene gir et inntrykk av hvor mange som besvarer spørsmålene (frekvens), gjennomsnitt, median og spredningsmål for gruppen. Det gir en overordnet oversikt. Men spørreskjema er begrenset i forhold til å forstå hvorfor deltakerne skårer som de gjør.

En dypere forståelse av nettverksmøtedeltakeres erfaringer med nettverksmøter, og hvordan Åpen dialog i nettverksmøter bidrar til bedring og mestring av psykisk helse for pasienten, er derfor viktige fokus for fremtidige studier.

Avsluttende refleksjoner

Vår studie viser og bekrefter eksisterende kunnskap om at Åpen dialog i nettverksmøter kan være en nyttig tilnærming for å samarbeide om behandling. Studien viser hvordan det å møtes, samarbeide om behandlingen, og snakke om det som har betydning for den enkelte, bidrar til å skape et behandlingsrom som deltakerne synes å verdsette høyt. Samtidig viser vår studie at det å lede nettverksmøter kan være svært utfordrende og føre til at klinikerne vegrer seg for å lede nye møter. Økt kompetanse, forståelse for og erfaring med dialogiske prosesser blant nettverksmøteledere er derfor nødvendig for å beherske den uvante møteformen som følger en dialogisk praksis uten forhåndsbestemte behandlingsstrategier og planer.

Takksigelser

Vi ønsker å rette en stor takk til alle som deltok i studien. Familiene, det sosiale- og det profesjonelle nettverket som midt i krisene tok seg tid til å delta, og nettverksmøtelederne som i sin travle kliniske hverdag satte av tid til å møte oss. Deres deltakelse har gjort denne studien mulig.

Finansiering

Studien er finansiert gjennom interne midler ved Akershus universitetssykehus.

Interessekonflikter

Vi har ingen interessekonflikter.

Referanser

- Bargmann, S. (2017). Anvendelse av FIT. I: S. Bargmann (Red.), *Feedback informed treatment: En grundbok* (s. 33–58). Akademisk forlag.
- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J.J. & Aaltonen, J. (2018). The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research*, 270, 168–175. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.039>
- Braun, B. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE.
- Braun, B. & Clarke, V. (2023). Is thematic analysis used well in health psychology? A critical review of published research, with recommendations for quality practice and reporting. *Health Psychology Review*. <https://doi.org/10.1080/17437199.2022.2161594>
- Buus, N., Bikic, A., Jacobsen, E.K., Müller-Nielsen, K., Aagaard, J. & Rossen, C.B. (2017). Adapting and implementing open dialogue in the Scandinavian countries: A scoping review. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(5), 391–401.
- Buus, N., Leer, M., Mikes-Liu, K., Dawson, L., Folkmann Pedersen, M., Einboden, R. et al. (2022). Open Dialogue trainees' expectations of 'shared concern': An

- international focus group study. *Journal of Family Therapy*, 44, 250–263. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12365>
- Buus, N. & McCloughen, A. (2021) Client and Family Responses to an Open Dialogue Approach in Early Intervention in Psychosis: A Prospective Qualitative Case Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(4), 308–316. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1986758>
- Buus, N., Ong, B., Einboden, R., Lennon, E., Mikes-Liu, K., Mayers, S. & McCloughen, A. (2021). Implementing Open Dialogue approaches: A scoping review. *Family Process*, 60, 1117–1133. <https://doi.org/10.1111/famp.12695>
- Buus N., Ong, B. & McCloughen, A. (2022). Open dialogue trainees' perspectives on learning processes and psychotherapeutic practice: A prospective focus group study. *Family Process*, 00, 1–13. <https://doi.org/10.1111/famp.12832>
- Byrne, D. (2021). A worked example of Braun and Clarke's approach to reflexive thematic analysis. *Quality & Quantity*, 56, 1391–1412. <https://doi.org/10.1007/s11135-021-01182-y>
- Duncan, B.L., Sparks, J.A., Reynolds, L.R., Brown, J. & Johnson, L.D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary Psychometric Properties of a “working” Alliance Measure. *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3–11. https://www.researchgate.net/publication/280015889_The_Session_Rating_Scale_Preliminary_Psychometric_Properties_of_a_Working_Alliance_Measure
- Ericsson, K.A. (2015). Acquisition and maintenance of medical expertise: a perspective from the expert-performance approach with deliberate practice. *Acad Med.*, 90(11):1471–1486. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000939>
- Freeman, A.B., Tribe, R.H., Stott, J.C.H. & Pilling, S. (2019). Open dialogue: A review of the evidence. *Psychiatric Services*, 70(1), 46–59. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800236>
- Gidugu, V., Rogers, E.S., Gordon, C., Elwy, A.R. & Drainoni, M.L. (2021). Client, family, and clinician experiences of Open Dialogue-based services. *Psychological Services*, 18(2), 154. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/ser0000404>
- Hummelvoll, J.K. (2008). The multistage focus group interview: A relevant and fruitful method in action research based on a co-operative inquiry perspective. <http://hdl.handle.net/11250/134226>
- Jacobsen, R.K. & Karlsson, B.E. (2019). Åpen dialog bak lukkede dører. Behandlers erfaringer med Åpen dialog i nettverksmøter ved en lukket psykiatrisk avdeling. *Fokus på familien*. 47(1), 57–73. <https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2019-01-05>
- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2015). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt forlag.
- Kinane, C., Osborne, J., Ishaq, Y., Colman, M. & MacInnes, D. (2022). Peer supported Open Dialogue in the National Health Service: Implementing and evaluating a new approach to Mental Health Care. *BMC Psychiatry*, 22(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03731-7>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk.
- McLeod, J. & Sundet, R. (2022). Psychotherapy as making. *Frontiers in Psychology*, 13, [1048665]. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1048665>

- Olson, M. (2022). Open dialogue adherence and fidelity tools. I: N. Putman & B. Martindale (Red.), *Open dialogue for psychosis. Organising mental health services to prioritise dialogue, relationship and meaning* (s. 245–247). Routledge.
- Olson, M., Seikkula, J. & Ziedonis, D. (2014). *The key elements of dialogic practice in open dialogue: Fidelity criteria*. University of Massachusetts Medical School. <http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/>
- Ong, B., Barnes, S. & Buus, N. (2021). Downgrading deontic authority in open dialogue reflection proposals: A conversation analysis. *Family process*, 60(4), 1217–1232. <https://doi.org/10.1111/famp.12586>
- Putman, N. & Martindale, B. (2022). *Open dialogue for psychosis: Organising mental health services to prioritise dialogue, relationship and meaning*. Routledge.
- Schraver, K.N., Ong, B., Rossen, C.B. & Buus, N. (2022). Empathic ‘my side tellings’: Three therapist strategies that ‘argue understanding’ in open dialogue reflections. *Journal of Pragmatics*, 196, 44–53. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2022.05.004>
- Seikkula, J. & Arnkil, T.E. (2007). *Nettverksdialoger*. Gyldendal.
- Seikkula, J. (2012). *Åpne samtaler*. (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Seikkula, J. & Arnkil, T.E. (2013). *Åpen dialog i relasjonell praksis. Respekt for anderledeshet i øyeblikket*. Gyldendal Akademisk.
- Sundet, R. (2011). Collaboration: Family and therapist perspectives of helpful therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(2), 236–249. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00157.x>
- Sunthararajah, S., Clarke, K., Razzaque, R., Chmielowska, M., Brandrett, B. & Pilling, S. (2022). Exploring patients’ experience of peer-supported open dialogue and standard care following a mental health crisis: Qualitative 3-month follow-up study. *BJPsych Open*, 8(4), E139. doi: <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.542>
- Twamley, I., Dempsey, M. & Keane, N. (2020). An Open Dialogue-informed approach to mental health service delivery: experiences of service users and support networks. *Journal of Mental Health*, 30(4), 494–499. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1739238>
- Waters, E., Ong, B., Mikes-Liu, K., McCloughen, A., Rosen, A., Mayers, S., ... & Buus, N. (2021). Open Dialogue, need-adapted mental health care, and implementation fidelity: A discussion paper. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(3), 811–816. <https://doi.org/10.1111/inm.12866>

Errataliste

Side	Originaltekst	Type rettelse	Korrigert tekst
5	1.1 Åpen dialog i nettverksmøter..	Korrektur. For stort mellomrom mellom tall og setning.	<u>1.1 Åpen</u> dialog i nettverksmøter...
5	5.1 Klinikernes læring- og utviklingsprosesser	Korrektur. Manglende bokstav i et ord.	5.1 Klinikernes lærings- og utviklingsprosesser
7	Spørreskjema Troskapskriterier for nettverksmøteledere	Korrektur setning.	Spørreskjema troskapskriterier for nettverksmøteledere
7	Spørreskjema Skala for vurdering av nettverksmøte	Korrektur setning.	Spørreskjema <u>skala</u> for vurdering av nettverksmøte
7	Personvernombudets (PVO) tilråding, opplæringsprogram (dataoppbevaringskonsesjon GDPR)	Korrektur setning.	Personvernombudets (PVO) tilråding, <u>fase 1</u> , opplæringsprogram (dataoppbevaringskonsesjon [GDPR])
7	Personvernombudets (PVO) tilråding, endringsmelding	Korrektur setning.	Personvernombudets (PVO) tilråding, <u>fase 2</u> , endringsmelding
9	Prosjektgruppen ble satt sammen av en prosjektleder, en representant fra hver deltakende enhet, en brukerrepresentant, en pårørenderepresentant, og en representant fra Forskning og Utvikling (FoU) ved Ahus.	Korrektur setning, linje 9.	Prosjektgruppen ble satt sammen av en prosjektleder, en representant fra hver deltakende enhet, en brukerrepresentant, en pårørenderepresentant (<u>Landsforeningen for pårørende og etterlatte innen psykisk helse og ROP-lidelser (LPP)</u>), og en representant fra Forskning og Utvikling (FoU) ved Ahus.
25	Prosjektgruppen valgte derfor å anvende et spørreskjema som har vært brukt i et tidligere utviklingsprosjekt og utviklet av Universitetet i Sørøst-Norge (Bank et al., 2018).	Korrektur linje 9, bytte av et ord i setningen.	Prosjektgruppen valgte derfor å anvende et spørreskjema som har vært brukt i et tidligere utviklingsprosjekt og utviklet <u>ved</u> Universitetet i Sørøst-Norge (Bank et al., 2018).
26	Deltakerne har mulighet for å korrigere feiltolkninger i analyseprosessen ved at man presenterer foreløpige analyser fra forrige intervju i oppstarten av neste intervju. Det gir et deltakende og responsivt design (Hummelvoll, 2010).	Korrektur nest siste avsnitt. Omstokking av første setning og et for langt mellomrom mellom nestsiste og siste setning.	Deltakerne har mulighet for å korrigere feiltolkninger i analyseprosessen ved at <u>foreløpige analyser fra forrige intervju blir presentert</u> i oppstarten av neste intervju. <u>Det</u> gir et deltakende og responsivt design (Hummelvoll, 2010).

30	Etter hvert nettverksmøte fylte nettverksmøtelederne (klinikere) ut et selvevaluerings skjema hvor de tok stilling til om hver av tolv troskapskriteriene for Åpen dialog var tilstede i nettverksmøtet (dikotomt svaralternativ ja-nei).	Korrektur første setning under overskriften: <u>Spørreskjemaer for klinikere/ nettverksmøteledere</u>	Etter hvert nettverksmøte fylte nettverksmøtelederne (klinikere) ut et selvevaluerings skjema hvor de tok stilling til om hver av <u>de</u> tolv troskapskriteriene for Åpen dialog var tilstede i nettverksmøtet (dikotomt svaralternativ ja-nei).
33	Populasjon	Korrektur i tabell, første kolonne, 5 rad.	Deltakere
35	Funnene viser at deltakernes endring i læringsutbytte målt før og etter deltakelse i opplæringsprogrammet gjennom parameterne kunnskap, refleksjon, ferdigheter og mestring økte signifikant.	Omskriving av setning, linje 16-18.	Funnene viser at deltakernes læringsutbytte økte signifikant gjennom deltakelse i opplæringsprogrammet målt ved hjelp av parameterne kunnskap, refleksjon, ferdigheter og mestring.
36	Målet var å undersøke hva som fremmer og hemmer utviklingen av Åpen dialog i nettverksmøter i de offentlige psykiske helsetjenestene.	Omskriving av setning, linje 1-3.	Målet var å undersøke hva som fremmer og hemmer utviklingen av Åpen dialog i nettverksmøter i de <u>enhetene som deltok i studien</u> .
38	(menneskesyn i endring)	Korrektur i linje 2. Manglende spørsmålsteget.	(menneskesyn i endring?)
38	-Menneskesyn i endring	Korrektur i figur 2, i den venstre nederste boblen er spørsmålsteget glemt.	-menneskesyn i endring?
43	Våre funn presentert i artikkel 3 viser at pasienter og deres sosiale nettverk som deltok på nettverksmøter opplevde å bli forstått, respektert og fikk snakket om det som var viktig for dem.	Korrektur av et ord i første setning i kapittel 5.2.	Våre funn presentert i artikkel 3 viser at pasienter og deres sosiale nettverk som deltok på nettverksmøter opplevde å bli forstått, respektert og fikk <u>snakke</u> om det som var viktig for dem.
43	Samarbeidende teorier likestiller terapeut og klient, anerkjenner begge erfaring og kunnskap, og gir implikasjoner for hvordan man snakker i terapitimer (McLeod & Sundet, 2022).	Korrektur av et feil ord i teksten, kapittel 5.2 samarbeidende dialoger: linje 4.	Samarbeidende <u>terapi</u> er likestiller terapeut og klient, anerkjenner begge erfaring og kunnskap, og gir implikasjoner for hvordan man snakker i terapitimer (McLeod & Sundet, 2022).
43	Faktorer som likeverd, medvirkning, å bli sett og hørt, er beskrevne positive erfaringer fra disse studiene.	Omskriving av setning, nederst på siden.	Faktorer som likeverd, medvirkning, <u>og det</u> å bli sett og hørt er beskrevne positive erfaringer fra disse studiene.
45	Sett i lys av dette så tyder våre funn på at familiene erfarte å være inkludert i et dialogisk samarbeid, og at slike samarbeidende dialoger bidrar til deltakernes positive erfaringer med	Korrektur av tekst, linje 26, i siste setning før nytt kapittel.	Sett i lys av dette så tyder våre funn på at familiene erfarte å være inkludert i et dialogisk samarbeid, og at dette samarbeidet <u>bidro</u> til deltakernes positive erfaringer med nettverksmøtene.

	nettverksmøtene.		
46	Mellomlederes spesifikke tilnærming som endringsagent er avgjørende for hvor vellykket en endringsprosess blir (Rydland, 2018).	Korrektur av ord, i nest siste avsnitt.	<u>Mellomleders</u> spesifikke tilnærming som endringsagent er avgjørende for hvor vellykket en endringsprosess blir (Rydland, 2018).
49	Et subjektontologisk førsteperspektiv vil minske risikoen for inhumanitet (Ekeland, 2021).	Omskriving av setning, nest siste avsnitt.	Et subjektontologisk førsteperspektiv vil minske risikoen for inhumanitet, i følge Ekeland (2021).
51	Studien er longitudinell med et eksplorativt og deltakende design. Studiens lengde har gjort det mulig å følge en gruppe over tid og har bidratt til dybde på temaet vi har studert (Malterud, 2012). Eksplorerende studier er velegnet der man utforsker ukjent terreng (Kvale & Brinkmann, 2015). Et deltakende design har gitt deltakere muligheter for å delta i utformingen av opplæringsprogrammet, evaluere opplæringsprogrammet, og ha anledning til å lese gjennom de foreløpige oppsummeringene etter forrige intervjurunde.	Korrektur og omskrivning av første avsnitt i kapittel 5.5.	Studiens longitudinelle design har gjort det mulig å følge en gruppe klinikere over tid og har bidratt til å gi dybde til data (Malterud, 2012). Studien har et eksplorativt design som er velegnet for utforskning av ukjent terreng (Kvale & Brinkmann, 2015). Et deltakende design har gitt deltakerne mulighet for å delta i utformingen av opplæringsprogrammet. Det har også gitt deltakerne mulighet for å gi tilbakemeldinger, rette opp i misforståelser og å utdype tidligere temaer presentert i sammenfatninger fra forrige intervjurunde.
52	Vi lagde sammendrag av hvert intervju og tok det med tilbake til deltakerne i neste intervju, slik at de kunne kommentere og rette på vår fortolkning av forrige intervju. Dette brakte intervjuet videre og deltakerne hadde muligheter for å utdype temaer de var opptatt av eller ønsket å beskrive mer eller bedre.	Omskriving av setninger, 1. avsnitt, linje 18.	Vi utarbeidet foreløpige sammendrag av hvert intervju og presenterte det for deltakerne i neste intervju. Presentasjonen av sammendragene ga deltakerne anledning til å kommentere og rette på vår fortolkning. Dette brakte intervjuet videre og ga deltakerne muligheter for å utdype temaer de var opptatt av, eller ønsket å beskrive mer eller bedre.
53	Vi brukte semistrukturerte spørreskjemaer der vi hadde åpne kolonner der deltakerne kunne skrive inn kommentarer og tilbakemeldinger.	Korrektur av setning i 4. Avsnitt, linje 18.	Vi brukte semistrukturerte spørreskjemaer <u>med</u> åpne kolonner der deltakerne kunne skrive inn kommentarer og tilbakemeldinger.
55-56	Braun & Clarke (2022) anbefalinger for å sikre kvalitative studier av høy kvalitet handler om fordypning, kreativitet, omtenkksomhet og innsikt. Forfatterne har introdusert	Omskriving av de siste tre setninger på siden.	Braun & Clarke (2022) fremhever fordypning, kreativitet, omtenkksomhet og innsikt i sine anbefalinger for å sikre kvalitative studier av høy kvalitet. Forfatterne har

	”slow wheel of interpretation” som begrep for hvordan oppnå høy kvalitet på kvalitativ forskning.		introdusert ”slow wheel of interpretation” som begrep i denne forbindelse.
56	Siden min forskningsstudie har både kvalitative og kvantitative elementer har jeg også forhold meg til Creswell & Creswell (2018) sine åtte elementer for kvalitetssjekk av en forskningsstudie. Dette er punkter jeg har fulgt og beskrevet under de forskjellige delene av avhandlingen. De er forsøkt gjort rede for i den løpende teksten i avhandlingen, og er kun kort oppsummert her. Dette i tråd med prosessvalideringen beskrevet av Kvale & Brinkmann (2015). I det følgende oppsummeres min forskningsprosess og gjennomføring av studien gjennom Creswell & Creswell (2018) sine åtte elementer for kvalitetssjekk:	Omskriving av de første setningene i andre avsnitt.	Siden min forskningsstudie inneholder både kvalitative og kvantitative elementer så har jeg også forhold meg til Creswell & Creswell (2018) sine åtte elementer for kvalitetssjekk av en forskningsstudie. I tråd med prosessvalideringen beskrevet av Kvale & Brinkmann (2015) er dette punkter jeg har forsøkt å gjøre rede for i den løpende teksten i avhandlingen, og som derfor bare kort oppsummeres her:
58	Pålitelighet knyttes til tallmessig presisjon og reproduserbarhet og forbindes tradisjonelt til positivismen (Thornquist, 2018, s. 234).	Korrektur av ord i setningen.	Pålitelighet knyttes til tallmessig presisjon og reproduserbarhet og forbindes tradisjonelt <u>med</u> positivismen (Thornquist, 2018, s. 234).
58	Reliabilitet henviser til forskningsresultatenes konsistens og troverdighet, dvs. hvor pålitelig resultatene er og handler også om hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkt av andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276).	Korrektur. Lagt til komma i andre setning, andre avsnitt.	Reliabilitet henviser til forskningsresultatenes konsistens og troverdighet, dvs. hvor pålitelig resultatene er, og handler også om hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkt av andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276).
67	Vedlegg 1.	Korrektur setning.	Vedlegg 1. Pre- og post spørreskjema, opplæringsprogram
68-69		Vedleggene på sidene har rare tegn. På innsendt avhandling var de uten disse forstyrrelsene.	
87		Vedleggene på siden har rare tegn. På innsendt avhandling var de uten disse forstyrrelsene.	

96	Vedlegg 12.	Korrektur.	Vedlegg 12. Personvernombudets tilrådning, fase 2
99	Vedlegg 13.	Korrektur.	Vedlegg 13. Personvernombudets tilrådning, fase 2, endringsmelding
100	Vedlegg 14	Korrektur.	Vedlegg 14 Informert samtykke, fase 1, opplæringsprogram
103	Vedlegg 15	Korrektur.	Vedlegg 15 Informert samtykke, fase 2