

## **DIALOGISKE PRAKSISER – Å SE DEN ANDRE**

En kvalitativ studie av helsepersonells erfaringer med dialogiske praksiser i kommunehelsetjenesten.

CAMILLA NJERVE STRANDNÆS

VEILEDER

Tore Dag Bøe

**Universitetet i Agder, 2024**

Fakultet for Helse – og idrettsvitenskap

Institutt for psykososial helse

Master

Master

## FORORD

Det å jobbe med denne studien har vært en krevende og verdifull prosess. Prosessen har vært svært lærerik, og gitt meg en dypere innsikt i hvordan helsepersonell faktisk jobber med dialogisk praksis i kommunal psykisk helsetjeneste i dag.

For at en studie som dette skulle bli virkelighet, er det avgjørende at noen ønsker å stille opp som informanter. Til dere som valgte å stille opp for meg og denne studien - tusen takk for deres engasjement, gode refleksjoner, og ærlige tanker og tilbakemeldinger! Takk for at dere valgte å bruke dyrebar tid på å belyse det jeg anser som et viktig tema innenfor en tjeneste som stadig er i utvikling.

Det er ikke til å legge skjul på at arbeidet med denne studien har krevd sin kvinne. Samtidig har det vært en fin og meningsfull erfaring. Min veileder, professor Tore Dag Bøe, har vært helt uvurderlig i denne prosessen, og vært en god støttespiller gjennom skriveprosessen. Tusen takk for din tid, dine tilbakemeldinger, deling av erfaringer, interessante faglige diskusjoner og ikke minst troen på at jeg ville komme i mål. Takk for at du har gitt rom for meg som menneske i denne prosessen når livet har vist seg fra sine mindre gode sider gjennom dette året.

Tusen takk til min arbeidsgiver, Gunn Venke Vigmostad Lund, som har vært fleksibel og tilrettelagt for meg gjennom denne perioden. Uten det og deg hadde ikke dette vært mulig. Gjennom studiet har det blitt flere kjøreturer til Grimstad med noen av de flotteste medstudentene jeg kunne bedt om. Tusen takk til dere for interessante faglige diskusjoner, for de unike perspektivene dere har vært med å belyse.

Til min familie og mine kjære venner: tusen takk for deres tålmodighet gjennom disse årene med skolegang, spesielt dette siste året med studien. Takk for at dere har holdt ut med meg når jeg har tenkt at jeg kan få til alt – uten dere hadde jeg ikke klart å få alt til!

Takk for utallige gjennomlesinger av skriftlig arbeid gjennom årene, for forslag til forbedringer og støttende kommentarer. Takk for at dere har vært med meg gjennom, støttet meg og holdt meg oppe gjennom galskapen. Nå kan jeg endelig tilbringe mer etterlengtet kvalitetstid med dere.

Mai 2024

## SAMMENDRAG

**Formål:** Det er i dag ulike måter å tilnærme seg brukere innen kommunal psykisk helsetjeneste. Tjenestene i dag er mye styrt av en medisinsk måte å tilnærme seg sykdom på, mens det finnes også kontekstuelle metoder som kan være nyttige å bruke. Åpne samtaler i nettverk og reflekterende team er eksempler på dette. Formålet med studien var å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell i kommunal psykisk helsetjeneste har med dialogiske praksiser sett opp mot den medisinske modellen.

**Metode:** Studien er en kvalitativ studie. Det ble utført semistrukturerte intervjuer med fire helsepersonell som har jobbet i kommunal psykisk helsetjeneste, og som har erfaring og/eller videreutdanning/kurs i dialogiske praksiser. Personene som ble intervjuet var alle helsepersonell, med videreutdanning i psykisk helsearbeid og kursing i åpen dialog og/eller reflekterende team.

**Resultat:** Helsepersonellet jeg snakket med hadde noe ulike erfaringer med hvordan det ble lagt opp til at dialogiske praksiser benyttes i deres tjeneste. Alle hadde noe erfaring med den medisinske modellen, men det var ulikt hvor mye denne modellen ble vektlagt der de jobbet. Kunnskap hos ledere viste seg å være relevant. Det var viktig for informantene å se brukeren som kom, og ikke ha så mye fokus på diagnoser.

**Konklusjon:** Formålet med studien var å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell i kommunal psykisk helsetjeneste har med dialogiske praksiser sett opp mot den medisinske modellen. Et av hovedfunnene var at for å kunne bruke dialogiske praksiser systematisk på en god måte, var helsepersonellet avhengig av at metodikken var godt forankret hos ledelsen og i tjenesten, fordi det ble for tungt å dra alene. Helsepersonellet opplevde at dialogiske praksiser var noe de aldri ville slutte å bruke, og mener det burde være mer vanlig i kommunal psykisk helsetjeneste.

**Nøkkelord:** dialogiske praksiser - åpen dialog - reflekterende team - medisinsk modell – helsepersonell - kommune

## **ABSTRACT**

**Purpose of the study:** There are different ways to approach users of mental healthcare in municipalities. Today's services are often ruled by a medicinal way of thinking about illness. There are however other contextual approaches to mental health services that can be applicable. Open dialogue in network meetings and reflective teams can be examples of such practices. The purpose of the study was to research what experiences healthcare personnel working in municipal mental health care services had with dialogical practices viewed against the medicinal model.

**Method:** This study uses qualitative methods. Semi-structured interviews were used, and four healthcare professionals were interviewed. They all had experience working in mental health services in a municipality, and they all had further education in working in mental healthcare and a course in open dialogue and/or reflective team.

**Results:** The healthcare personnel I talked to, had somewhat different experiences with how their workplace enabled the use of dialogical practices. Everyone had some experience with the medicinal model, but how much they emphasized the use of the medicinal model was different. Knowledge about dialogical practices amongst leaders was proved to be relevant. It was important for the participants of this study to see the person who came to them, and not focus too much on diagnoses.

**Conclusion:** The purpose of the study was to research what experiences healthcare personnel working in municipal mental health care services had with dialogical practices viewed against the medicinal model. One of the main findings was that to be able to practice dialogical practices systematically in a good way, healthcare personnel depended on the methodology being firmly rooted in the management and in the service, because it was too difficult to do it themselves.

**Key words:** dialogic practices - open dialogue - reflective team – medicinal model - health care personnel – municipality

# INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>1.0 INNLEDNING</b>	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 PSYKISK HELSEARBEID OG PSYKISK HELSE	1
1.3 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	3
1.4 OPPGAVENS OPPBYGGING	4
1.5 BEGREPSAVKLARINGER	4
<b>2.0 PSYKISK HELSE I ET HISTORISK PERSPEKTIV</b>	<b>6</b>
2.1 PSYKISK HELSE I HISTORIEN	6
2.2 ULIKE PERSPEKTIVER PÅ PSYKISK HELSE	10
<b>3.0 TEORETISK FORANKRING</b>	<b>12</b>
3.1 DIALOG, KOMMUNIKASJON OG SPRÅK	12
3.2 REFLEKTERENDE TEAM	13
3.3 ÅPNE SAMTALER I NETTVERK	14
3.4 TIDLIGERE FORSKNING	17
<b>4.0 FORSKNINGSMETODE</b>	<b>19</b>
4.1 VALG AV METODE	19
4.1.1 <i>Fenomenologi</i>	19
4.2 DATAINNSAMLING	20
4.2.1 <i>Utvalg og rekruttering</i>	20
4.2.2 <i>Semistrukturert intervju og gjennomføringen av disse i min studie</i>	21
4.3 ANALYSE	22
4.3.1 <i>Refleksiv tematisk analyse</i>	23
4.4 ETISKE OVERVEIELSER	26
4.5 STUDIENS KVALITET	27
4.5.1 <i>Forforståelse</i>	27
4.5.2 <i>Pålitelighet</i>	28
4.5.3 <i>Gylldighet</i>	29
4.5.4 <i>Overførbarhet</i>	29
<b>5.0 RESULTATER</b>	<b>31</b>
5.1 DIALOGISKE PRAKSISER – VIKTIG, MEN UTFORDRENDE Å FÅ TIL I DAGENS TJENESTE	31
5.1.1 <i>Tilrettelegging for dialogisk praksis</i>	31
5.1.2 <i>Gjennomføring av dialogiske praksiser</i>	32
5.2 DEN MEDISINSKE MODELLEN – EN MINDRE DOMINERENDE ROLLE	34
5.2.1 <i>Den medisinske modellen i tjenesten</i>	34
5.2.2 <i>Diagnosenes plass i tjenesten</i>	35
5.3 DIALOGISKE PRAKSISER – MOBILISERER RESSURSER OG BRINGER MENNESKER SAMMEN	36
5.3.1 <i>Dialogisk praksis og dialogen</i>	37
5.3.2 <i>Helsepersonell som menneske i dialogisk praksis</i>	37
5.3.3 <i>Dialogisk praksis i møte med brukere</i>	38
5.4 INFORMANTENES EGNE MENINGER	40
<b>6.0 DRØFTING</b>	<b>41</b>
6.1 DIALOGISKE PRAKSISER TILPASSET DAGENS TJENESTE	41
6.2 HINDRINGER FOR BRUKEN AV DIALOGISKE PRAKSISER I KOMMUNEN	43
6.3 DEN MEDISINSKE MODELLEN – EN MINDRE DOMINERENDE ROLLE	44
6.4 HELSEPERSONELLET I MØTET MED DEN ANDRE GJENNOM DIALOGISKE PRAKSISER	46
<b>7.0 KONKLUSJON</b>	<b>49</b>
<b>LITTERATUR</b>	<b>51</b>
<b>VEDLEGG I</b>	<b>56</b>
<b>VEDLEGG II</b>	<b>59</b>

<b>VEDLEGG III</b>	
<b>VEDLEGG IV</b>	

<b>61</b>
<b>63</b>

## **1.0 INNLEDNING**

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Temaet for denne masteroppgaven er dialogiske praksiser. Min interesse for temaet har vokst frem over tid, og blitt formet både fra grunnutdanningen som sykepleier, mine ulike arbeidssteder samt videreutdanningen innen psykisk helsearbeid. Erfaringene jeg har med hvilken grad diagnoser har betydning for hvilken behandling en mottar og hvordan en tenker rundt brukeres behandling har vært betydningsfullt for hvorfor jeg landet på dette temaet. Mine erfaringer angående diagnosenes betydning og helse sett i et naturvitenskapelig lys er gjort innenfor både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og gjennom både eget arbeidsforhold og praksisperioder i grunnutdanning og videreutdanning. Min egen livskunnskap i kombinasjon med videreutdanning etter grunnutdanning har gjort at mitt syn på psykisk helse og arbeid med dette har vært i endring de siste årene. Jeg opplever at sykepleieteorien som ble godt integrert i grunnutdanning ikke samsvarer godt med praksisen jeg har vært en del av frem til nå. Som sykepleiere blir vi lært opp til å se hele mennesket, at diagnoser bare er en liten del av mennesket. Slik jeg har erfart tjenesten til nå, legges det mye vekt på diagnoser for å finne riktig behandling og riktig tjeneste til bruker, og jeg opplever at dette kan føre til at hjelpen brukerne får kan oppleves som stykkevis og delt.

Rådet for sykepleieetikk (2023) har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, hvor første punkt lyder som følgende: *«Sykepleieren skal yte omsorgsfull sykepleie og lindre lidelse. Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg og understøtter menneskets ressurser, mestring, håp og livsmot»* (p. 1). Jeg opplever at dette punktet kommer i konflikt med praksisen som gjerne baseres på den medisinske modellen, og derfor en mer reduksjonistisk måte å se mennesket på.

Basert på dette, er hensikten med studien å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell innen kommunal psykisk helsetjeneste har med dialogiske praksiser – både reflekterende team (Andersen, 2015) og åpne samtaler (Seikkula & Arnkil, 2013).

### **1.2 Psykisk helsearbeid og psykisk helse**

Verdens helseorganisasjon beskriver psykisk helse slik:



Mental health is a state of well-being that enables people to cope with the stresses of life, realize their abilities, learn well and work well, and contribute to their community. It is an integral component of health and well-being that underpins our individual and collective abilities to make decisions, build relationships and shape the world we live in. Mental health is a basic human right. And it is crucial to personal, community and socio-economic development (World Health Organization, 2022).

Tangvald-Pedersen og Bongaardt (2011) beskriver psykisk helse som noe som oppleves i øyeblikket, som flytende. Det er viktig at brukeren opplever å ha en sentral og autonom posisjon i situasjoner en er en del av (Tangvald-Pedersen & Bongaardt, 2011, p. 104). God psykisk helse dreier seg om positiv endring (Tangvald-Pedersen & Bongaardt, 2011, p. 103).

Bøe og Thomassen (2017) beskriver to måter å forstå psykisk helsearbeid på. På den ene siden vil psykisk helsearbeid kunne forstås som et tillegg til, eller et alternativ til den mer tradisjonelle psykiatrien og psykoterapi. På den andre siden kan psykisk helse forstås som en ny, overordnet betegnelse på de tjenester og profesjoner som er involvert i arbeid med mennesker som har psykiske lidelser, da inkludert leger, psykologer, psykiatri og psykoterapi. Selv om en ikke nødvendigvis kan skille disse forståelsene helt, så anser Bøe og Thomassen psykisk helsearbeid som et eget fag, som har som hensikt å tilby måter å hjelpe mennesker på som havner utenom den tradisjonelle psykiatrien (Bøe & Thomassen, 2017, p. 24).

Når det i denne studien henvises til den medisinske modellen, legger jeg den naturvitenskapelige forståelsen av psykisk helse til grunn. Denne modellen har sin bakgrunn innenfor somatikken, og preger store deler av praksisen innenfor det psykiske helsefeltet. Her er behandling avhengig av at det settes en diagnose, hvor man så finner en behandling som skal være hensiktsmessig for den gitte diagnosen (Bøe & Thomassen, 2017, p. 70).

I det offentlige helsevesenet er det i dag pålagt å stille diagnoser (Kolberg, 2009, p. 307; Meld.St. 23 (2022-2023), p. 41). Helsepersonelloven (1999) beskriver ikke direkte hvem som skal stille diagnosene, men legger forsvarlighetskravet til grunn. Ifølge Roald og Ekre Engh (2014) er det kun de som har tatt profesjonsstudiet i psykologi og medisin som kan stille diagnoser. De beskriver at en er avhengig av at brukere får en diagnose for å ta stilling til hvilken behandling de skal tilbys (Roald & Ekre Engh, 2014, pp. 590-591). Kolberg (2009) problematiserer diagnostisering, og ser diagnoser som et øyeblikksbilde som fryses og knyttes opp mot personers identitet (p. 307). Også Anders Johan W. Andersen (2018) påpeker at

diagnoser kan være selvoppfyllende, og ha en selvforsterkende effekt (p. 45). Han mener også at dagens kultur rundt diagnostisering er begrensende fordi den ikke tar hensyn til det sammensatte bildet som brukeren er en del av, deriblant de sosiale strukturene for psykisk helse (Andersen, 2018, p. 176).

Madsen (2017) viser til at det er flere paradokser når det kommer til diagnoser.

Diagnosekritikken gjør gjerne samme feil diagnosene kritiseres for, nemlig at symptomer blir til sannheter og innsnevring av normalitet. Han sier at dette også gjelder for de som blir diagnostisert, hvor en har kritisert den tradisjonelle sykdomsforståelsen på bakgrunn av at den har vært reduksjonistisk og undertrykkende (pp. 40-41). Aarre (2018) påstår at det han kaller tilfriskningsperspektivet og diagnoseperspektivet er to perspektiver som er uforenlige slik det er lagt opp i dag. Det ene perspektivet tar utgangspunkt i en individuell forståelse av plager og ressurser som brukere har, mens det andre perspektivet bygger på premisset om at brukerne tilhører en spesifikk brukergruppe basert på hvilken diagnose de har. Aarre mener at det er det medisinske perspektivet er det perspektivet som vil være overordnet (p.27).

På den andre siden kan en snakke om den kontekstuelle modellen, som ikke er en modell på samme måte som den medisinske modellen. Det som er viktig med denne tankegangen er at psykiske lidelser ikke kan forstås alene, men er avhengig av flere ting, blant annet den sosiale konteksten mennesket lever i, menneskets personlighet og menneskets livssituasjon (Bøe & Thomassen, 2017, p. 71). Dialogiske praksiser er profesjonell praksis som bygger på tanker om at mennesker formes av de relasjoner, dialoger og samspill en inngår i (Fakultetet for helse - og idrettsvitenskap, 2024, 28. februar). I denne oppgaven vil både reflekterende team og åpen dialog inngå under dette. Det vil skilles mellom de to der hvor dette blir aktuelt, men de vil ellers omtales under samme begrep. Det er flere ulike måter å se psykisk helse på, og noen av disse vil jeg presentere under kapittel 3 i studien.

### **1.3 Hensikt og problemstilling**

Det har over lengre tid vært fokus på hvorvidt diagnoser er hensiktsmessige for brukerne innen psykisk helsetjeneste, og det har vært flere saker angående dette i ulike media (Farshbaf, 2022; Hofmann, 2024; Madsen, 2017, pp. 31-32). På den ene siden vil det kunne utløse rettigheter og hjelp til bedre helse, mens det på den andre vil kunne føre til stigmatisering og mer uhelse. Det er fra brukernes side også delt opplevelse av om behandling

basert på diagnoser fremfor fokuset på her og nå-situasjonen er mest hensiktsmessig og hjelpsom på veien mot bedre opplevd psykisk helse (Årseth & Johannessen, 2013, pp. 29-30). Som helsepersonell blir det ofte fokus på diagnoser, da spesielt for å hjelp innen spesialisthelsetjenesten og for å utløse tjenester innen andre deler av helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2018a; Madsen, 2017, pp. 31-33).

Hensikten med min studie er å se om bruken av dialogiske praksiser kan være et positivt bidrag inn i behandlingen av brukere innen kommunal psykisk helsetjeneste. Informantene vil kunne være med å belyse både positive og negative erfaringer med bruken av reflekterende team og åpen dialog som metode.

Ut ifra dette har jeg valgt følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har helsepersonell i kommunal psykisk helsetjeneste med bruk av dialogiske praksiser, og hvordan oppleves dialogiske praksiser sammenlignet med praksis basert på den medisinske modellen?

## **1.4 Oppgavens oppbygging**

Etter kapittel 1 kommer en presentasjon av psykisk helse sett fra et historisk perspektiv, samt ulike veiledere som regulerer tjenestene innen psykisk helsetjeneste og som har hatt betydning for tjenestens utvikling innen dette feltet. Kapittel 3 innebærer tidligere forskning på dialogiske praksiser, samt annen teori. Kapittel 4 gjør rede for forskningsprosessen og metode, inkludert vurderinger som er gjort i forbindelse med etiske hensyn og oppgavens validitet og reliabilitet. I det femte kapittelet av oppgaven vil analyserte funn presenteres knyttet opp mot problemstillingen. I oppgavens sjette kapittel vil resultatet drøftes opp mot det teoretiske grunnlaget for oppgaven, samt i relasjon til annen forskning. I oppgavens syvende og siste kapittel vil det komme en oppsummering, samt implikasjoner for videre praksis og forslag til hva som kan være nyttig for videre forskning.

## **1.5 Begrepsavklaringer**

Noen begreper vil gå igjen i oppgaven, og disse defineres derfor kort her.

Ifølge Pasient – og brukerrettighetsloven (1999) er en bruker en person som mottar helsetjenester omfattet av helse – og omsorgstjenesteloven, som ikke er helsehjelp etter

bokstav c. Med dette menes handlinger som har helsebevarende, forebyggende, diagnostisk, behandlende, rehabiliterende eller pleie – og omsorgsformål, som er utført av helsepersonell (Pasient - og brukerrettighetsloven, 1999). Dersom man følger lovverket, skal disse egentlig omtales som pasienter. Min erfaring er dog at begrepet bruker benyttes i størst grad i det daglige innen samtaleterapi i kommunal psykisk helsetjeneste, og jeg vil derfor benytte meg av begrepet bruker når jeg omtaler personer som mottar tjenester fra kommunehelsetjenesten.

Pasient er et begrep som jeg opplever er knyttet opp mot den medisinske modellen, og kan være med på å sykeliggjøre mennesket. Jeg mener at begrepet bruker er bedre å bruke ved en kontekstuell modell, da begrepet pasient historisk sett er preget av paternalisme, hvor det har vært en skjev maktfordeling mellom helsepersonell og pasienten. Ordet pasient er opprinnelig hentet fra det latinske ordet *patiens*, som har betydningen «som lider» eller «lidende» (Hem, 2013, p. 821).

Med helsepersonell menes personer som yter helsehjelp, altså enhver handling som har behandlende, forebyggende helsebevarende, diagnostisk, rehabiliterende eller pleie/omsorgsformål som utføres av helsepersonell (Helsepersonelloven, 1997). Det er flere ulike yrkesgrupper som jobber med det temaet som studien omhandler, og jeg vil derfor bruke begrepet helsepersonell for å dekke de ulike gruppene.

## 2.0 PSYKISK HELSE I ET HISTORISK PERSPEKTIV

I dette kapittelet vil jeg presentere hvordan psykisk helse har blitt sett på i et historisk perspektiv, samt presentere ulike faglige reformer som har og har hatt betydning for hvordan dagens tjeneste legges opp.

### 2.1 Psykisk helse i historien

All fagkunnskap er knyttet til hvor og når kunnskapen oppstod; altså har den en sosial, historisk og kulturell sammenheng (Haugsgjerd et al., 2009, p. 17). Haugsgjerd, Jensen, Karlsson og Løkke skiller først og fremst mellom oppfatningen av psykisk lidelse i førmoderne samfunn og moderne samfunn. Det førmoderne samfunn bærer preg av et verdensbilde som handlet om de store spørsmålene: hvordan mennesket ble til, hva skjer etter døden, ble menneskets skjebne styrt av større makter. Dette foregikk før 1600-tallet. En lidelse kunne bli sett på som besettelse av onde ånder, eller som en straff fra større makter basert på noe mennesket hadde gjort. Mennesker med ulike psykiske lidelser ble ofte godt ivaretatt i det førmoderne samfunn, i stammesamfunn, hvor det var et mindre antall mennesker som delte ressurser og hadde lik status. Etter hvert, der hvor forholdene lå til rette, ble det utviklet statssamfunn – samfunn med en mer definert maktpyramide. Det var både positive og negative aspekter ved dette. En av de negative aspektene var at skillet mellom fattig og rik, maktesløs og maktfull ble større. I følge Haugsgjerd et. al (2009) var et mer klassesdelt samfunn negativt for de som led av psykiske lidelser, som ikke fungerte slik som friske mennesker gjorde, fordi de ble ansett som en problematisk gruppe. Forskjellen mellom stammesamfunnene og statssamfunnene i Europa ble at de med psykiske lidelser i stammesamfunnene ble ivaretatt av familiene sine, mens de i statssamfunnene ble samlet i «galehus» hvor de levde under uverdige forhold (Haugsgjerd et al., 2009, pp. 18-19). I det moderne samfunn ble vitenskapen videreutviklet, og det vitenskapelige verdenssynet begynte å avløse det religiøse. Utviklingen i det moderne samfunn skjedde fort. En begynte nå blant annet å obdusere døde legemer, og kartlegge kroppens organer. En av følgene etter dette var at psykisk helsevern ble en medisinsk disiplin. På 1600-tallet introduserer Descartes dualismen som sentral for utviklingen av psykologiske teorier, og de første hospitalene for sinnslidende ble tatt i bruk. På 1700-tallet ble diagnosesystemet innen psykiatrien utviklet. Tanken om at psykiske lidelser kunne begrunnes med forandringer i hjernen oppstod. Nå fikk den engelskspråklige ny terminologi i litteratur: psykologi (Haugsgjerd et al., 2009, p. 19). Tidlig på 1800-tallet ble psykisk helsevern et felt innen medisinsk forskning i Frankrike, og i

England og USA ble psykiatriske institusjoner humanisert. Tidlig på 1850-tallet kom den norske sinnsykeloven, og på midten av 1850-tallet ble Norges første behandlingstilstand for psykiatri bygget (Haugsgjerd et al., 2009, p. 20).

Dette beskriver Andersen som startpunktet for den somatiske håndteringen av det vi i dag kan kalle psykiske lidelser, som da ble omtalt som folk som forstyrret (Andersen, 2018, p. 35). Fra midten og mot slutten av 1800-tallet ble det gjort store fremskritt i studier av hjernen i Tyskland, og Darwins verker fikk stor innflytelse på psykisk helsevern og på psykologien. På slutten av 1800-tallet og i begynnelsen av 1900-tallet la Kraepelins diagnostiske system grunnlaget for den medisinske psykiatrien, Freud utviklet psykoanalysen, Pavlov presenterte sitt arbeid om klassisk betingning og behandling av angstlidelser, og Watson presenterte sitt program for behaviorismen. Fra 1920-1940 ble psykodynamiske tanker og sosialpsykiatri populært, spesielt i USA. Skinner hevdet at behaviorismen måtte omfatte atferd som ikke tok utgangspunkt i reflekser (Haugsgjerd et al., 2009, p. 20).

Fra midten av 1950-tallet ble den første systemteoretiske modellen for familiesamspill presentert ved Bateson, og den humanistiske kritikken av psykoanalysen ble sentral i USA. På 1970-1980-tallet ble den medisinsk-biologiske tilnærmingen til psykiatri sentral i USA, og her var diagnosesystemet DSM-III sentralt. Fra 1980-2000-tallet ble det gjort store fremskritt i hjerneforskningen, som fikk følger for psykisk helsevern. Skinner døde, og en kom mer tilbake til Descartes' problemstillinger. Fra 2000 bekreftet hjerneforskning betydningen av kontakt, følelsesmessige relasjoner, tilknytning og kontakt med egne følelser. En fikk mer forståelse for hvilken rolle negative hendelser i løpet av livet og ulike traumer kunne ha for utviklingen av psykiske lidelser og plager. Det ble nå lagt større vekt på samtalebaserte behandlingsformer, og å møte de som trengte hjelp hvor de var i deres naturlige sosiale miljø (Haugsgjerd et al., 2009, p. 24).

Ifølge Andersen er det mye i historien en i dag kan riste på hodet over, og lure på hvorfor en utførte helsehjelp på den måten. Han beskriver at det kan være lett å glemme at dette er tanker som har hatt støtte blant fagfolk (Andersen, 2018, p. 49). Andersen mener at vi skal ha kunnskap om historien bak fagfeltet psykisk helse, at det er noe vi må forholde oss til. Han mener at vi må forholde oss til historien som nettopp det, en historie om fortiden (Andersen, 2018, p. 50).

Det er «Lov om pasient – og brukerrettigheter» (1999) beskriver at kommunen er pliktig til å tilby nødvendig helsehjelp til sine innbyggere. De tjenestene som tilbys skal være av god kvalitet, og ses i lys av forsvarlighetskravet i tjenesten (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999). Stortinget var i 1996/1997 tydelige på at tilbudene innen psykisk helsevern i kommunene måtte utbygges, og la også føringer for at behandlingsskapasiteten i psykisk helsevern måtte styrkes (St.meld 25 (1996-1997), p. 14). Denne meldingen skulle være et bidrag for å sikre gode tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser, både på fylkeskommunalt og kommunalt nivå. I tillegg til fokus på tiltak som kunne være bra for brukere av tjenesten, fokuserte meldingen også på behovet for kompetanse og kompetanseheving blant ansatte i tjenesten (St.meld 25 (1996-1997), pp. 24, 36, 66). I ettermålet av denne meldingen, kom en viktig reform innen psykisk helse:

«Opptrappingsplan for psykisk helse» (St.prp. nr. 63 (1997-98)).

En av de største bidragsyterne til sykdomsbyrde er psykiske lidelser, som kan være med å bidra til vesentlig helsetap for mennesker i alle aldre. En av de fire største bidragsyterne til høy sykdomsbyrde er psykiske lidelser og ruslidelser (Meld.St. 34 (2015-2016), pp. 32-33).

Samhandlingsreformen ble i 2016, noen år etter innføringen i somatisk helsevesen, iverksatt innen psykisk helse. Et av de viktige punktene i denne meldingen var at mennesker med psykiske lidelser kunne ha behov for flere tverrfaglige tjenester, på ulike nivåer. I tiden denne ble skrevet gikk kun 30 prosent av ressursene innen psykisk helse til kommunen, mens 70 prosent ble gitt til spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsreformen peker på nødvendigheten av tidlig intervensjon på lavest mulig nivå, for å forsøke og forhindre utstøting, kroniske tilstander samt bygge opp følelsen av mestring (St.meld. 47 (2008-2009), p. 67).

«Pakkeforløp for psykisk helse» kom i 2018, etter at Helsedirektoratet i 2016 fikk en bestilling fra Helse – og omsorgsdepartementet å utarbeide og implementere pakkeforløp for denne tjenesten. Målet med pakkeforløpet var å styrke det helhetlige behandlingstilbudet til brukerne innen denne målgruppen, hvor man skulle oppnå blant annet økt brukervedvirkning og brukertilfredshet, pasientforløp som var koordinerte, unngå unødvendig ventetid, likeverdige tilbud til brukere og pårørende uavhengig av bosted, og bedre ivaretagelse av somatisk helse samt gode levevaner. For å få dette til, peker Helsedirektoratet på flere kritiske faktorer, deriblant at brukerens perspektiv må være grunnlaget, pårørende må bli involvert i vurderinger, barn som pårørende må bli ivare tatt og at det må være samarbeid og samhandling både internt og mellom tjenestene underveis i forløpet (Helsedirektoratet, 2018a, pp. 2-3).

Aarre (2018) tar i sin bok opp pakkeforløpet, og nevner også det danske pakkeforløpet. Han beskriver at denne måten å jobbe på har blitt møtt med begrenset entusiasme i det norske fagmiljøet, og han mener det er fordi at vi ikke tror at vi kan behandle samme diagnose hos ulike brukere innen samme tidsramme (Aarre, 2018, p. 55). For å bli henvist til pakkeforløp innen psykisk helse, må det forekomme ett eller flere tegn til alvorlig psykiske lidelse (Helsedirektoratet, 2018b). Listen over symptomer som legges til grunn for henvisningene mener jeg legger den medisinske forståelsen av psykiske lidelser til grunn, og derfor styrker en medisinsk tenkning innen psykisk helsearbeid. I 2013 ble det gjort en studie på brukeres opplevelse med å få og leve med en psykiatrisk diagnose. Studien konkluderte med at flere av brukerne som ble intervjuet hadde negative opplevelser med diagnoser, hvor de opplevde at andre tilga diagnosen mer betydning enn det de selv gjorde (Årseth & Johannessen, 2013, p. 32).

Det ble av Sintef i 2023 utført en spørreundersøkelse blant voksne brukere innen psykisk helsevern og rus, for å finne ut hvordan brukerne opplevde tilbudet slik at det kunne forbedres og videreutvikles. Rapporten ble lagt frem i begynnelsen av april 2024 (Sintef, 2024). Rapporten viser blant annet at alle gruppene som var med i studien, skåret muligheten for å velge mellom ulike behandlinger dårligst, samt manglende tilbud på kveld og helger. Det kom frem at de brukerne med kommunal oppfølging, opplevde mindre kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet. En av forutsetningene for opplevelse av god kontinuitet, var at de hadde koordineringstiltak (eksempelvis koordinator), og at de hadde god behandlerrelasjon (Sintef, 2024, p. 127).

I 2023 kom en ny «Opptappingsplan for psykisk helse» (Meld.St. 23 (2022-2023)). Den peker på kommunens ansvar for å tilby tjenester, blant annet til brukere med psykiske helseutfordringer. Her henvises det også til at kommunene opplever økt pågang av personer som er i behov for tjenestetilbud innen psykisk helse, og viktigheten av at tilbudene er tilgjengelige for de brukerne som trenger dem (Meld.St. 23 (2022-2023), pp. 41-42). Det bemerkes at mennesker med psykiske lidelser også gjerne har komplekse sykdomsbilder, og at en lite fleksibel og snever organisering knyttet til bestemte diagnoser vil kunne bidra til et dårligere tilbud, i tillegg til en skjevfordeling ute i feltet av fagkompetanse (Meld.St. 23 (2022-2023), p. 77). Regjeringen valgte tre innsatsområder for denne planen: tilgjengelige og gode tjenester der folk bor, tilbud til personer med sammensatte og langvarige behov og helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid (Meld.St. 23 (2022-2023), p. 6).



Opptrappingsplanen peker på at forebyggende og helsefremmende tiltak ofte er avhengige av tverrsektoriell innsats over lengre tid, hvor det ofte er en nødvendighet at en øker kunnskapen om hvordan ivareta egen psykiske helse hos den enkelte (Meld.St. 23 (2022-2023), p. 9).

Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse – og omsorgstjeneste er en NOU (Norges offentlige utredninger) som kom i 2023, som omhandler hvilke ressurser vi har i dagens helsetjeneste og hvordan vi kan forvente at tjenestene og ressursene vi har innen helsevesenet ser ut i et fremtidsperspektiv. Den gir blant annet forslag til tiltak som kan iverksettes for å sikre en bærekraftig tjeneste i fremtiden (NOU 2023: 4, 2023, p. 11).

## **2.2 Ulike perspektiver på psykisk helse**

Et psykiatrisk perspektiv på psykisk helse er basert på en tradisjonell medisinsk måte å se helse og uhelse på, hvor det finnes en biologisk forklaring på problemet. Denne måten å se psykisk helse på – den medisinske modellen – er basert på positivismen, som mener at utgangspunktet for vitenskapen er det som kan sanses. Det er menneskers atferd som skal studeres, og alt skal være målbart eller mulig å telle. Positivismen mener at den naturvitenskapelige metoden for å innhente kunnskap er den eneste måten å gjøre det på. Denne metoden skal være nøytral og objektiv (Haugsgjerd et al., 2009, pp. 45-47).

Trond Aarre (2018) påstår at den medisinske modellen er en svært lite hensiktsmessig modell å benytte innenfor psykisk helse (p.35). Argumentet for dette er at modellen oppleves som lite treffende for flere av problemene en kan møte innen psykisk helsearbeid, sykdomsmodellen har ikke ført til særlige effektive tiltak mot psykisk helse og at tjenestene blir kostbare og sentraliserte (Aarre, 2018, p. 42).

Den humanistiske modellen bygger på ideen om at det finnes to virkeligheter: den utstrakte verden og tankens verden, og disse virkelighetene eksisterer parallelt med hverandre. Dette perspektivet bygger på Descartes filosofi (Haugsgjerd et al., 2009, p. 55).

Relasjonelt perspektiv på psykisk helse rommer mye, blant annet kommunikasjonsteori. Jensen og Ulleberg (2019) mener at relasjonsperspektivet og kommunikasjonsperspektivet er så nært beslektet at de kan klassifiseres som synonyme. De forklarer dette med at mennesket blir til i relasjoner, og kommunikasjon er en del av dette (Jensen & Ulleberg, 2019, p. 40). Det blir innenfor kommunikasjonsteori ofte brukt mentale bilder som illustrasjon for hvordan en

tilegnes kunnskap. Tingen i seg selv er ikke i hodet, men ideen om den er. Det er ideer vi har om ulike ting som utgjør det vi opplever som vår virkelighet (Haugsgjerd et al., 2009, p. 284). En metode som baserer seg på et relasjonelt perspektiv er Milano-tradisjonen. Milano-tradisjonen er en metode som ikke har et definert mål med terapien. Dette står i motsetning til annen strategisk familieterapi (Haugsgjerd et al., 2009, p. 315). Tom Andersen så til denne tradisjonen og undersøkte denne på 1980-tallet, og dette var med på å forme hans metode om reflekterende team (Andersen, 2015, pp. 22-24).

### **3.0 TEORETISK FORANKRING**

I dette kapittelet vil jeg presentere aktuell litteratur som belyser temaet jeg har valgt, samt relevant forskning som omhandler dialogiske praksiser.

#### **3.1 Dialog, kommunikasjon og språk**

Dialog er et begrep som har sine røtter i det greske språket, og kan bety «gjennom ordene» eller «mellom ordene» (Jensen & Ulleberg, 2019, pp. 226-227).

Mennesker er stadig i dialog med andre mennesker, og fra fødselen av er vi i samspill og dialog med andre mennesker. Dette kan knyttes til dialogisme, og står i motsetning til en mer fagtradisjonell måte hvor man studerer mennesker isolert. Det kan også stå i motsetning til monologisme, som oppfatter kommunikasjon som overførelse av kunnskap fra en til en annen (Jensen & Ulleberg, 2019, pp. 228-229). I 1999 laget Robert T. Craig et kart over kommunikasjonsteori, hvor han delte inn ulike måter å forstå kommunikasjon på og ulike tradisjoner inn i sju kategorier. Han plasserte dialog under fenomenologi, som handler om hvordan vi oppfatter verden (p. 133). Fenomenologien har dog blitt kritisert fordi den representerer en subjektivitet, som gjør det utfordrende å oppnå en felles forståelse eller mening. Begrepet intersubjektivitet har kommet etter dette, og det viser til at en kan komme til en felles forståelse av virkeligheten gjennom sin individualitet sammen (Jensen & Ulleberg, 2019, pp. 400-410).

Tom Andersen (2021) gjorde seg noen erfaringer om språk gjennom sin praksis, og beskriver fem grunnleggende ideer om språket: 1) Språket består av å uttrykke tegn som kan sanses på ulike måter, deriblant berøring, syn og hørsel, 2) Uttrykk er meningsbærende, og får mening når mennesket som oppfatter uttrykket kan relatere det til noe som allerede finnes i vedkomnes vokabular, 3) Tanken kommer etter uttrykket, 4) Språk er både informativt og formativt. Når noe sies, sier en samtidig også noe om en selv, både til andre og til seg selv – språket er derfor informativt. En blir til gjennom sine uttrykk, og dermed er språket formativt, og 5) Språk er forheksende, og med det mener Andersen at språkets formative kraft kan være med på å forandre ens grunnleggende tro (Andersen, 2021, pp. 142-143).

Andersens syn på språket anser jeg som et viktig bakteppe for helsepersonell som arbeider innen psykisk helsearbeid. Jeg mener det er viktige refleksjoner å ha med seg inn i møtet med brukere, fordi en kan være seg selv mer bevisst på hvordan en opptrer i samarbeid med brukeren. Min opplevelse av å være bevisst sitt eget språk i møtet med den andre er at det kan

være avgjørende for relasjonen som oppstår mellom helsepersonell og bruker, om brukeren føler seg sett og hørt eller mer oversett eller sett ned på.

Anders Johan W. Andersen (2018) mener at det å bruke rent fagspråk i kommunikasjonen mellom fagfolk og bruker vil kunne føre til at brukere kan kjenne seg fremmedgjort fra sine egne erfaringer (Andersen, 2018, p. 74). Han påstår at dagligspråket vil være bedre egnet i samspillet mellom bruker og fagfolk når brukere først søker hjelp for sin psykiske lidelse (Andersen, 2018, pp. 71-72). Han belyser samtidig at fagspråket kan være med på å sette brukers situasjon i et annet lys, og vil kunne være et viktig innspill der hvor situasjoner har gått i lås (Andersen, 2018, p. 74).

### **3.2 Reflekterende team**

Tom Andersen (2015) mente at tilbudene til brukere av ulike tjenester måtte finnes lokalt og ikke kun sentralt, da de oppdaget at mennesker som bodde mot nord hadde en tett tilknytning til bostedet sitt (Andersen, 2015, p. 19). Han viser til Batesons mening om at to mennesker kan ha veldig forskjellig oppfatning av en og samme hendelse. Forskjellen på de to er bakgrunnen de har med seg, som gir dem ulike forutsetninger for å forstå og erfare den hendelsen på (Andersen, 2015, pp. 25-26).

Metoden reflekterende team startet med tanken om at tilbudene til brukerne av tjenester må finnes lokalt – og ikke bare sentralt. Disse tankene daterer Andersen tilbake til 1974, da ideer og tanker allerede var samlet inn fra Milano-modellen (Andersen, 2015, pp. 19-20). Han henviser til Batesons tanke om at to mennesker kan ha to vidt forskjellige opplevelser av samme hendelse, forskjellen er bakgrunnen de har med seg for å forstå og erfare hendelsen på (Andersen, 2015, p. 25). Andersen er opptatt av viktigheten av å være nysgjerrig på de andres opplevelser, for på denne måten kan en utvikle seg selv som menneske. Andersen hevder at dersom mennesker kun utsettes for det vanlige, vil vi ikke kunne utvikle oss. Dersom vi utsettes for ting som oppleves som for mye utenom det vanlige, vil vi ikke kunne tilpasse oss dette, og stenge av for ny informasjon og utvikling. Dersom vi utsettes for ting som er passe uvanlig, vil vi kunne tåle dette og det vil kunne føre til at vi utvikler oss som mennesker og individer (Andersen, 2015, p. 28).

Reflekterende samtaler utføres ved at helsepersonellet og brukeren sitter sammen i et rom, og fører en dialog. Det reflekterende teamet sitter bak et enveisspeil i et annet rom og reflekterer

over det som blir sagt i dialogen mellom de som sitter i det andre rommet. Det reflekterende teamet består gjerne av tre personer. Brukeren og helsepersonellet som sitter sammen bestemmer selv hva som skal foregå i det rommet og hva som skal snakkes om. Det reflekterende teamet skal aldri fortelle de som sitter i det andre rommet hva de skal snakke om, eller hvordan de skal prate. Når samtalen er ferdig, blir det reflekterende teamet invitert inn for å reflektere over og snakke om hva de har hørt i samtalen som nettopp har foregått (Andersen, 2015, p. 43). Ved å gjøre det på denne måten opplevde Andersen og hans kolleger at en skiftet mellom ytre og indre dialoger, brukeren kunne diskutere sammen med andre og dersom de ønsket det, trekke seg tilbake og reflektere over det som var blitt sagt av og mellom det reflekterende teamet, for så å gjøre det til sitt eget (Andersen, 2021, pp. 99-101). Reflekterende samtaler har også blitt utført på forskjellige måter: rom med enveisspeil, en eller to fagpersoner, i et nettverk, i personalmøter, i gruppeterapi, i veiledning og under levende konsultasjoner med publikumsdeltakelse. Andersen presiserer at det er opp til brukerne selv om de vil la refleksjonene som kommer frem være forbigående tanker, eller om de ønsker å bruke refleksjonene (Andersen, 2021, pp. 204-206).

### **3.3 Åpne samtaler i nettverk**

Åpne samtaler i nettverk er en relasjonsorientert og dialogbasert praksis som har sin opprinnelse i forskning i Finland. Metodikken rundt åpne samtaler ble startet tidlig på 1980-tallet ved et psykiatrisk sykehus. Metoden ble utviklet når brukeren, eller klienten som Arnkil og Seikkula kaller dem, hadde en akutt psykisk krise, en psykose. Det ble arrangert åpne møter, hvor behandling og planlegging skulle foregå samtidig. Klienten skulle være med allerede fra starten av, og nettverket skulle mobiliseres fra første stund. Denne måten å jobbe på ble en motsetning til slik det tidligere hadde vært, hvor behandlerne hadde planleggingsmøter bak lukkede dører og familieterapimøter i etterkant (Seikkula & Arnkil, 2013, pp. 26-27).

Metodikken ble utviklet underveis som de fikk erfaringer rundt det. I begynnelsen erfarte de at planer de la i forkant av møtene, ikke alltid fungerte. Tvert imot så kunne de fungere mot sin hensikt. De kom til konklusjonen at behandlingsteamet måtte tilpasse sitt arbeid til de ulike familienes situasjoner og behov (Seikkula & Arnkil, 2013, p. 29). Forskning som er gjort på åpen dialog viser til at en ofte kan unngå innleggelse i sykehus når de ble tilbudt nettverkssamtaler tidlig, og mange brukere unngikk lengre sykehusopphold og fikk kjappere

kontroll over kaotiske tanker (Seikkula et al., 2003; Seikkula et al. 2006; Seikkula et al., 2011).

Forskningen som er gjort knyttet opp mot åpen dialog har ført til noen praktiske retningslinjer for behandling med dialogfokus: øyeblikkelig hjelp, sosialt nettverksperspektiv, fleksibilitet og mobilitet, teamets ansvar, psykologisk kontinuitet, toleranse for usikkerhet og dialogisme som samtaleform (Seikkula & Arnkil, 2013, p. 52). Øyeblikkelig hjelp handler om prinsippet at en tilstreber og møtes innen 24 timer etter første kontakt med klienten, henvisningsinstans eller den som måtte ta kontakt. Målet med dette er å forhindre sykehusinnleggelse (Seikkula & Arnkil, 2013, pp. 52-53). Sosialt nettverksperspektiv handler om å samle de som kan være relevante for å få definert problemet. Disse kan være hvem som helst, det er ikke nødvendigvis familiemedlemmer, eksempelvis kan kolleger være viktige i enkelte tilfeller. Ved å invitere folk fra nettverket kan de som tilhører det profesjonelle nettverket oppdage nye sider ved klienten (Seikkula & Arnkil, 2013, p. 55). Fleksibilitet handler om å velge en behandlingsrespons som er tilpasset den enkeltes situasjon og behov, og disse behovene kan endre seg over tid. Klienten skal få behandling tilpasset sitt eget språk, det skal være muligheter for å benytte spesifikke terapeutiske metoder. Møtestedet kan også variere, og bør velges i fellesskap. Det kan eksempelvis være i familiens hjem eller på aktuell avdeling (Seikkula & Arnkil, 2013, p. 55). Under punktet teamets ansvar kommer det frem at teamet som mobiliseres til første møte, også burde være de som planlegger fremtidig behandling og analyserer problemet som foreligger. Det er behandleren som kontaktes som burde ta ansvar for det første møtet og invitere inn teamet (Seikkula & Arnkil, 2013, p. 56). Med psykologisk kontinuitet menes det at teamet så lenge det er nødvendig skal ha ansvar for behandlingen. En annen side med dette prinsippet er å integrere ulike terapimetoder som støtter hverandre (Seikkula & Arnkil, 2013, pp. 56-57). Til punktet toleranse for usikkerhet er det fagpersonens oppgave å sørge for at pasienten og deres nettverk kan tåle usikkerheten som gjerne kommer i slike situasjoner, vet å trygge dem på at det ikke finnes en ferdig løsning på det aktuelle problemet. Målet her er å mobilisere ressurser hos pasienten og nettverket, slik at de bedre kan styre egne liv (Seikkula & Arnkil, 2013, p. 57). Dialogisme handler om fagpersonens rolle for å fremme samtaler og dialog mellom pasienten og nettverket. Fagpersonene skal her skape trygghet og tillit (Seikkula & Arnkil, 2013, pp. 58-59).

Fokuset innen åpen dialog ligger i følge Seikkula og Arnkil på anerkjennelse av det de kaller «den Andre». Praksisen rundt åpen dialog handler om å lytte, og å respondere responsivt.

Dette står som en motsetning til intervensjoner som er mer vanlig i tradisjonell terapi (Seikkula & Arnkil, 2021, pp. 53-54). Åpen dialog i nettverk handler også om å ikke diskutere klientene bak ryggen deres. En skal ta utgangspunkt i klientens ressurser, ikke fokusere på svakhetene deres, og være i dialog med både klienten og deres nettverk sammen (Seikkula & Arnkil, 2021, p. 150).

I Finland ble det i 2018 utført en studie som undersøkte langtidseffektene av åpen dialog gjennom en sammenligning med en kontrollgruppe over en periode på ca. 19 år (Bergström et al., 2018, p. 168). Studien indikerte at personer med førstegangspsykose blant annet brukte mindre psykiske helsetjenester enn kontrollgruppen hvor åpen dialog ikke var blitt brukt. Studien indikerer at de positive resultatene var bærekraftige i et lengre løp (Bergström et al., 2018, p. 174).

Det ble i 2023 gjort en tverrsnittstudie på åpen dialog i et internasjonalt perspektiv, hvor de ville undersøke egenskapene og praksisene av psykiske helsetjenester som implementerer åpen dialog (Pocobello et al., 2023, p. 1). Studien fant blant annet ut at forskning og evaluering av åpen dialog var relativt begrenset sett fra et internasjonalt perspektiv og at det burde undersøkes mer angående bruken av åpen dialog i kommunal helsetjeneste (Pocobello et al., 2023, p. 14). Studien viser også at åpen dialog er en metode som er på vei fremover internasjonalt (Pocobello et al., 2023, p. 14).

I forhold til åpen dialog i helsepersonells perspektiv er det skrevet ulike masteroppgaver på dette. Bakkan Nielsens (2011) oppgave hadde som formål å se på hvilke erfaringer og opplevelser fagfolk hadde med bruken av åpne samtaler i nettverk, i etterkant av å ha deltatt enten kompetanseprogrammer eller faglige kurs om nettverksdialoger (p. 1) Hun fant i sin oppgave at det å være personlig, men samtidig utøve faglig kunnskap i møtene og være profesjonell var utfordrende. Hun peker på at det gjerne er nødvendig med mer kompetanse og veiledning i møteledelse. Et annet funn i studien var at informantene opplevde økt brukermedvirkning der hvor nettverksmøter ble benyttet (Bakkan Nielsen, 2011, p. 76). Kragstadmoen (2011) skrev en masteroppgave om hva terapeuter erfarer og opplever er viktige faktorer i nettverksmøter. Hun intervjuet ansatte i kommunehelsetjenesten om dette temaet (p. 1). Et av funnene her var at terapeutene brukte mindre av Seikkulas (2013) trinn og struktur, men at de følte seg trygge på måten de praktiserte åpen dialog på (Kragstadmoen, 2011, p. 42).

### 3.4 Tidligere forskning

Når jeg skulle søke etter tidligere forskning, var målet å se om jeg kunne finne forskning på bruken av dialogiske praksiser i kommunehelsetjenesten. Jeg har både benyttet meg av strukturerte søk i databaser som Cochrane, Google Scholar, Idunn og Cinahl.

Jeg har også brukt noe mer ustrukturerte søk i databasen Frontiers og sjekket nettsiden Mad in Norway, og det var på disse sidene jeg fant mest relevant forskning for min studie.

Underveis i prosessen kom jeg også over aktuell forskning ved å bruke «snøballmetoden», hvor jeg så over litteraturlister andre forskere har benyttet seg av i sine studier. Jeg opplevde å finne lite forskning som konkret handlet om helsepersonells erfaringer med dialogiske praksiser i kommunal psykisk helsetjeneste. De forskningsartiklene jeg valgte ut har alle helsepersonells perspektiv, noe som er sentralt for min oppgave.

Den første studien er en kvalitativ studie utført av Jacobsen og Karlsson (2019). Denne studien tok for seg behandleres erfaringer med bruken av åpen dialog på en lukket psykiatrisk post for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. I denne studien var det ikke behandlerne som var møteledere, men sykepleiere eller miljøterapeuter (Jacobsen & Karlsson, 2019, p. 57). Studien trekker frem tre hovedtemaer:

- 1) Nettverksmøter som arena for dialogisk og relasjonelt samarbeid
- 2) Ledelse av nettverksmøter
- 3) Nettverksmøter med pasienter som erfarer en alvorlig psykisk lidelse (Jacobsen & Karlsson, 2019, p. 63)

Et av studiens funn var at alvorlighetsgraden av pasientens psykiske lidelse ikke opplevdes som avgjørende for det dialogiske samarbeidet i nettverksmøtene (Jacobsen & Karlsson, 2019, p. 67). Et annet relevant funn i studien var at behandlerne anså åpen dialog som en nyttig metode, og et viktig og verdifullt tilskudd i behandlingstilbudet som gis til pasienter med alvorlige psykiske lidelser (Jacobsen & Karlsson, 2019, p. 71).

Den andre studien jeg ønsker å trekke frem, er en kvalitativ studie som blant annet beskriver hvordan dialogiske terapeuter tolker den reflektive prosessen og hvordan de jobber med å engasjere familier i reflektive dialoger (Sidis et al., 2022, p. 1). Formålet med studien var å belyse mangfoldet av måter terapeuter beskriver, forstår og oppmuntrer til reflektive samtaler mellom familiemedlemmer, samt hva slike praksiser oppnår i sammenheng med erfaringene til praktikere og deltakere i reflekterende team-møter (Sidis et al., 2022, p. 2). Studien identifiserte fire temaer: Levde opplevelser som ekspertise, lytte til selvet og høre andre,



relasjonell responsivitet og fremme forbindelser, og gi rom for noe nytt (Sidis et al., 2022, p. 4). Konklusjonen på studien er at praktikerne praktiserer i tråd med teorien og litteraturen som omhandler dialogisk praksis, samt at å intervjuere praktikere om deres praksis kan være en annen måte å fastslå «troskapen» til en tilnærming som dette (Sidis et al., 2022, p. 9).

I en studie fra 2010 undersøkte Holmesland, Seikkula, Nilsen, Hopfenbeck og Arnkil utfordringene knyttet til transformasjon og fremvekst av profesjonell identitet i tverrfaglige tverretatlige nettverksmøter og bruken av åpen dialog (Holmesland et al., 2010, p. 1). De ønsket å se hvordan en metode som åpen dialog kunne tilby en tilnærming til problemer som har vært utfordrende innen tverretatlig og tverrfaglig omsorg (Holmesland et al., 2010, p. 3). De utførte fokusgruppeintervju med to grupper, en gruppe med helsepersonell og en gruppe med sosial/utdanningspersonell (Holmesland et al., 2010, p. 6). En av konklusjonene i studien var at en økt kjennskap mellom profesjonene kunne bedre helsesystemet, men at det også fantes flere utfordringer med å oppnå vellykket tverrfaglig samarbeid. De kom også med anbefalinger til punkter som burde undersøkes videre (Holmesland et al., 2010, p. 12).

## **4.0 FORSKNINGSMETODE**

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for den metodiske tilnærmingen jeg har valgt for studien. Jeg vil presentere valgene som er tatt fra før datainnsamlingen og frem til ferdigstilling av analysen av funnene som er blitt gjort. Dette vil innebære en kort beskrivelse av kvalitativ metode, datainnsamlingsstrategi og forskningsintervjuet. Jeg vil presentere utvalget, rekruttering, utarbeidelse av intervjuguiden og fremgangsmåten for transkribering og analyseprosess.

### **4.1 Valg av metode**

Det er forskningsspørsmålet som åpner for hvilken metode som er aktuell å bruke for ulike studier (Malterud, 2018, p. 32). Kvalitativ metode er en forskningsstrategi som benyttes for beskrivelser, analyser og fortolkninger av kvaliteter eller egenskaper og karaktertrekk ved et gitt fenomen som skal studeres. Det er en metode som egner seg godt for utforskning av dynamiske prosesser, deriblant samhandling (Malterud, 2018, pp. 30-31). Kvantitativ metode er en forskningsmetode som er mer egnet til å kartlegge utbredelse av fenomener, ved hjelp av for eksempel spørreundersøkelser (Johannessen et al., 2023, p. 22). I denne studien er det brukt kvalitativ metode, fordi denne metoden vil gi et best mulig svar på min problemstilling.

#### **4.1.1 Fenomenologi**

For å få en forståelse av hvordan informantene erfarer ulike fenomener, vil man kunne benytte seg av en fenomenologisk tilnærming. På denne måten kan man få tak i og videreformidle informantenes beskrivelse av verden, slik de selv opplever den (Brinkmann & Kvale, 2015, pp. 44-46). Husserl anses som grunnleggeren av en fenomenologisk metode å forstå og beskrive verden på (Brinkmann & Kvale, 2015, p. 44; Ingarden, 1970, p. 15). Han mente at ikke-levende ting og mennesker ikke kan studeres på samme måte, et menneske må studeres i lys av deres egne opplevelser, perspektiver og forståelser. Han sier at en må ta inn over seg den informasjonen som gis, at det er dette man må ta utgangspunkt i for empiriske studier (Ingarden, 1970, pp. 86-90).

Fenomenologien tar sikte på å nå frem til fenomenets essens, ved å beskrive enkeltfenomener til å finne deres allmenne essens. Innen fenomenologien regnes objektivitet som troskap mot undersøkte fenomener (Brinkmann & Kvale, 2015, p. 45). Johannessen, Tufte og

Christoffersen (2023) beskriver en fenomenologisk tilnærming som en metode for å beskrive menneskers erfaring og forståelse av et gitt fenomen (Johannessen et al., 2023, p. 167). De trekker frem fire sentrale trekk ved et fenomenologisk design. Først kommer forberedelser, hvor forskeren tar utgangspunkt i et fenomen en ønsker å vite mer om. En er her opptatt av hvordan fenomenet oppfattes av informantene. Deretter kommer datainnsamling, hvor forskeren samler data fra informanter som har kunnskap og erfaringer om fenomenet som skal undersøkes. Etter dette skal forskeren analysere meningsinnholdet i dataen som er samlet inn. Til slutt skal funnene rapporteres (Johannessen et al., 2023, pp. 167-179).

## **4.2 Datainnsamling**

Denne oppgaven retter seg mot helsepersonell i kommunehelsetjenesten, og deres erfaring med dialogiske samtalemetoder. Jeg har derfor henvendt meg til avdelinger innen psykisk helse i kommunehelsetjenesten. I denne delen vil jeg gjøre rede for hvordan jeg har kontaktet og vervet informanter til studien, hvordan intervjuguiden ble utarbeidet og hvordan intervjuene ble gjennomført.

### **4.2.1 Utvalg og rekruttering**

Jeg satte ulike kriterier for å være med i studien. Informantene måtte jobbe innen kommunal psykisk helsetjeneste, og måtte ha erfaring med bruk av dialogiske praksiser innen kommunal psykisk helsetjeneste. De måtte ha noen års erfaring fra feltet, og det var ønskelig at de hadde videreutdanning eller kurs innen psykisk helsearbeid, familiearbeid og/eller annen opplæring i åpne samtaler eller reflekterende team.

For å rekruttere til studien tok jeg kontakt med virksomhetsledere i ulike kommuner i Agder via e-post, hvor jeg ba om å få kontaktinformasjon til avdelingsledere i deres kommune som hadde ansvar for psykisk helse. Responsen var variabel. Noen fikk jeg aldri svar fra, noen svarte med en gang, mens noen fikk en påminnelsepost eller melding hvis telefonnummeret deres var tilgjengelig. Jeg fikk også noen tips til personer jeg kunne spørre fra Bodil Bakkan Nielsen, som er leder for Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for psykisk helse og rus. Hun har også mye erfaring med dialogiske praksiser, og ble tatt frem som en mulig ressursperson fra veileder. Til avdelingslederne ble det sendt ut e-post med informasjonsskriv, og forespørsel om de kunne sende dette videre og/eller henge opp informasjon om studien for sine ansatte. Det ble her presisert at det var de ansatte selv som skulle ta kontakt med meg, for

å sikre at de ansatte ikke skulle føle seg presset fra sin leder til å delta. Til de personene jeg fikk kontaktinformasjonen til ble det sendt ut en tilsvarende e-post med informasjonsskriv. Her var det også variasjon i hvor fort jeg fikk svar. Der jeg ikke fikk svar, ble det sendt ut en påminnelse. Jeg fikk til slutt tak i fire informanter, fordelt på ulike kommuner i Agder. Informantene hadde alle minst ni års erfaring innen kommunal psykisk helsetjeneste. Alle informantene hadde kurs eller videreutdanning innen dialogiske praksiser, og hadde erfaring med bruken av det i kommunehelsetjenesten. Noen hadde mer erfaring enn andre, men mange av funnene er relativt like uavhengig av dette.

#### **4.2.2 Semistrukturert intervju og gjennomføringen av disse i min studie**

Når temaer fra informantenes hverdag skal forstås fra deres egne perspektiver, blir det ofte brukt semistrukturerte intervjuer. Her søker man å få tak i deres erfaringer, og da særlig tolkninger av meninger med det beskrevne fenomenet (Brinkmann & Kvale, 2015, p. 47). Jeg har valgt intervju som metode for datainnsamling til denne studien, fordi jeg ønsket å undersøke helsepersonells erfaringer med bruk av reflekterende team og åpen dialog. Intervjuer kan gjennomføres på flere måter. I denne studien falt valget mitt på semistrukturert intervju som gjennomføres en-til-en. Dette valget tok jeg fordi jeg anser denne metoden som mest hensiktsmessig å få kunnskap om erfaringer med dialogiske praksiser på. En annen grunn til at jeg valgte semistrukturert intervju er at dette er en intervjumetode som jeg har tidligere erfaring med og føler meg trygg på at jeg kan gjennomføre på en tilfredsstillende måte, både for oppgaven og ovenfor informantene. Fokusgruppeintervju er en annen intervjumetode som kunne vært interessant å bruke til en slik oppgave, som kanskje ville ha vært med på å belyse oppgaven på en litt annen måte, da det for noen informanter muligens er lettere å skulle dele erfaringer sammen med andre informanter som har noe lik eller ulik erfaring. Kanskje ville også noe av informasjonen blitt annerledes, da en dialog mellom flere kan åpne for flere tanker og minne om andre erfaringer enn det en får frem ved et en-til-en-intervju.

I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide som tok utgangspunkt i problemstillingen.

Det ble valgt ut følgende hovedspørsmål til intervjuguiden:

- Hva er din yrkesbakgrunn?
- Hvordan jobber du nå?

- Kan du fortelle om din erfaring med reflekterende team/åpne samtaler?
- Kan du fortelle om din erfaring med den medisinske modellen?
- Kan du gi eksempler på hva du har opplevd som har fungert særlig godt?
- Hva opplever du er forskjellen på reflekterende team/åpne samtaler og den medisinske modellen?
- Er det noe annet du ønsker å tilføye?

Utformingen av intervjuguiden er gjort med utgangspunkt i Kvale & Brinkmanns metodebok (Brinkmann & Kvale, 2015, pp. 44-50), som enkelt og systematisk beskriver hva en intervjuguide bør inneholde. Spørsmålene i intervjuguiden ble utarbeidet for å sikre at jeg fikk spurt om temaer og aspekter som jeg ønsket å få beskrivelser om for å best mulig gi svar på min problemstilling. Spørsmålene ble ikke nødvendigvis stilt akkurat slik de står beskrevet i intervjuguiden, da flere av informantene gav utfyllende svar på de åpne spørsmålene som ble stilt. Intervjuguiden ble gjennomgått flere ganger av meg selv, og den ble også drøftet sammen med veileder flere ganger før man landet på intervjuguiden slik den står i Vedlegg II. Dette var svært nyttig, da vi begge hadde ulike og unike syn på hva som var nyttig å ha med i intervjuguiden.

Malterud (2018) beskriver viktigheten av å ikke gjøre intervjuguiden for detaljert, slik at informantene får dele sine egne erfaringer på en god og åpen måte (p.133-134). En intervjuguide bør gjerne revideres underveis i prosessen ettersom en lærer mer om hvor fokuset bør ligge, samt tilpasses hvert individuelle møte (Malterud, 2018, p. 134). I forbindelse med utarbeidelsen av intervjuguiden, satte jeg også opp noen stikkord under enkelte av hovedspørsmålene, for å sikre at jeg fikk med meg den informasjonen jeg i utgangspunktet tenkte jeg ønsket å hente inn. Dette ble gjort som en huskeliste for meg selv, da jeg har begrenset med erfaring innen intervju.

### **4.3 Analyse**

Det å analysere noe betyr å dele opp noe i elementer eller biter (Brinkmann & Kvale, 2015, p. 219). I dette delkapittelet vil jeg beskrive mitt valg av analysemetode, samt gjøre rede for min prosess sett i lys av denne metoden.

### 4.3.1 Refleksiv tematisk analyse

Som nybegynner innenfor arbeidet med undersøkelser og analyser av gjennomførte undersøkelser, kan det være en fordel å bruke en analyseprosedyre som allerede eksisterer. På den måten kan jeg gi selve innholdet i studien et større fokus (Malterud, 2018, pp. 91-96). Til denne studien vil jeg bruke en refleksiv tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006; Braun & Clarke, 2019), med en induktiv tilnærming. Ved å velge en induktiv tilnærming, vil en gå fra det individuelle til det allmenne (Malterud, 2018, p. 27). Ifølge Braun og Clark (2006), er tematisk analyse en grunnleggende analysemetode av kvalitative data som egner seg for forskere med lite erfaring. Det er en metode som er mye brukt, mer enn forfatterne selv hadde trodd. De har i ettertid skrevet en artikkel som går mer i dybden på metoden hvor de har endret navn fra tematisk analyse til refleksiv tematisk analyse, fordi de mener det gjenspeiler hensikten med metoden bedre enn den originale tittelen (Braun & Clarke, 2019, p. 594). Braun, Clark og Weate (2016) fordeler analysen i seks forskjellige faser:

Fase 1: Gjøre seg kjent med data. I denne fasen transkriberte jeg intervjuene. Lydopptaker ble brukt under intervjuene, og de ble transkribert i etterkant. Jeg gjorde meg underveis under datainnsamlingen noen tanker om hvilke funn og temaer som ville komme ut av intervjuene. I etterkant av transkriberingen hørte jeg gjennom intervjuene samtidig som jeg leste gjennom transkriberingen, for å sikre at jeg hadde fått skrevet ned materialet så nøyaktig som mulig, og for å rette opp eventuelle feil eller mangler. Det kan være stor forskjell på skriftlig og muntlig språk. Jeg har valgt å transkribere intervjuene på bokmål selv om informantene hadde ulike dialekter. Jeg delte opp intervjuene i naturlige setninger ved hjelp av punktum, komma, utropstegn og spørsmålstegn. Jeg har kuttet unødvendige fyllord som «hmm, eh» og lignende, og erstattet disse med «...» ved kortere pauser, eller \*liten tenkepause\* hvis det har vært noe lengre pauser. Ting som kremting, hosting eller lignende er ikke tatt med, og er heller ikke erstattet med noe med mindre det har vært lengre perioder. Det er skrevet ned hvor intervjuet ble avbrutt av ulike årsaker.

Fase 2: Denne fasen startet når jeg hadde lest gjennom og gjort meg kjent med dataen jeg hadde samlet inn. Jeg startet med første analysedokument, som for meg var et av de transkriberte intervjuene, og opprettet koder. Etter å ha gjennomgått første dokument, gjennomgikk jeg de neste dokumentene, og opprettet nye koder dersom det var behov for det. En blir av Braun et.al (2016) rådet til å kode opp mot så mange mulige temaer som mulig, fordi en ikke vet hva som vil være interessant på et senere tidspunkt i prosessen. De forklarer

at en kan kode dataen ved hjelp av dataprogram eller med penn og papir (Braun et al., 2016, p. 197). Jeg valgte å bruke penn, markeringstusj og papir. Koding er en organisk prosess, hvor forskeren må bestemme om hen kan benytte en allerede opprettet kode eller om nye må dannes, og underveis kan forskeren justere eksisterende koder, innsnevre eller utvide koder og lignende for å tilpasse dem den utviklende analysen (Braun et al., 2016, p. 197).

Ifølge Braun et.al (2016) er det ikke en definert grense for hvor mange koder man kan ha. Det som er viktig er at en sitter igjen med et kodesett som grundig fanger de analyserelevante aspektene fra dataen (Braun et al., 2016, p. 198). Jeg kodet de transkriberte intervjuene med 32 merkelapper, og det var uunngåelig at flere av kodene kunne overlape hverandre i forhold til hva de inneholdt. Braun et.al (2016) anbefaler at dataen gjennomgås to ganger, for å sikre robuste, sammenhengende og systematiske koder. De mener koder kan være latente eller semantiske, og at det i en andre gjennomgang kan komme frem flere latente koder (Braun et al., 2016, p. 198).

Eksempel på koding:

Kode	Transkribert tekst
Tjenestene legger ikke til rette for at dialogiske praksiser brukes	Ja, det er et godt spørsmål. Det er ikke lagt til rette for det. Det er, holdt jeg på å si, vi som sitter med den kunnskapen om hvor viktig det er som drar det i gang

Fase 3 handler om å danne temaer basert på kodene som ble dannet i forrige fase, hvor forskeren skal samle koder til det Braun et. al (2016) kaller «higher level patterns» - noe som beskrives som meninger som rommer mer enn en spesifikk tanke. Denne fasen starter når all dataen var kodet og sortert. Målet er å identifisere temaer som er relevante for problemstillingen (Braun et al., 2016, p. 198). Basert på dette, valgte jeg å stille følgende spørsmål som kodene fra datainnsamlingen ble sortert inn under:

- Hvilken erfaring har helsepersonell med dialogiske praksiser?
- Hvilken erfaring har helsepersonell med den medisinske modellen?
- Hvilken erfaring har helsepersonell med tilrettelegging for dialogiske praksiser på arbeidsplassen?
- Hvordan opplever helsepersonell at dialogiske praksiser påvirker brukere?
- Hvordan opplever helsepersonell at den medisinske modellen påvirker brukere?

Mot slutten av denne fasen satt jeg igjen med en gruppe temaer og undertemaer. Braun et. al (2016) påpeker at alle kodene som er opprettet ikke nødvendigvis vil passe inn i grupperingene som dannes, men at dette er å forvente. De sier også at når du har dannet foreløpige temaer, kan neste fase med revidering starte. De påpeker at det ikke er et gitt antall temaer som er riktig, men beskriver at en gjerne vil ha minst ett tema og sannsynligvis mindre enn seks temaer i en studie av dette omfanget (Braun et al., 2016, p. 198).

Fase 4 begynte når jeg hadde utarbeidet et utkast av temaer. Et av målene med denne fasen er å sjekke om analysen som er gjort passer, enten bra eller godt nok, med dataen som er samlet inn, og at forskeren ikke misforstår den med en feil gjennom dårlig koding. Det andre målet med denne fasen er å sikre at historien som vil bli fortalt hører sammen med problemstillingen (Braun et al., 2016, p. 198). Jeg leste gjennom dataen, både rådata og kodet data flere ganger, for å sikre at det var en logisk sammenheng mellom temaene, at all relevant data var blitt kodet og at det som var blitt kodet var kodet riktig. Dette er i samsvar med anbefalingen til Braun et. al (Braun et al., 2016, p. 198).

Fase 5 starter når forskeren er sikker på at analysen gjenspeiler dataen på en tilfredsstillende måte og adresserer problemstillingen. I dette stadiet hadde jeg finpusset og forbedret temaene og deres innhold som skal presenteres for analyse. Braun, Clarke og Weate (2016) forklarer at temaenes navn eller begrep kan variere, men at du til syvende og sist ønsker et navn eller begrep som fanger essensen av temaet (Braun et al., 2016, p. 200). En del av denne prosessen gikk på å identifisere om temaene inneholdt under-temaer. Under-temaer kan være fornuftige å ha for å gi struktur til komplekse temaer. Jeg har valgt å dele mine funn i temaer og under-temaer. Veileder fikk tilgang til foreløpige funn, og var med i prosessen med å finne endelige temaer.

Den siste og sjette fasen startet når jeg hadde et komplett sett med bearbejdede temaer. Braun et. al (2016) oppfatter egentlig ikke denne fasen som en fase, men mer som en integrert del av analyseprosessen. Denne fasen innebærer å samle, videreutvikle og redigere eksisterende analytisk skrijving, og utforme det til en rapport (Braun et al., 2016, p. 200). Ved prosessens slutt satt jeg igjen med de temaene og undertemaene som blir presentert under. Disse vil bli videre presentert i kapittel 5.



Tema	Undertema
Dialogiske praksiser – viktig, men utfordrende å få til i dagens tjeneste	Tilrettelegging for dialogisk praksis Gjennomføring av dialogiske praksiser
Den medisinske modellen – en mindre dominerende rolle	Den medisinske modellen i tjenesten Diagnosenes plass i tjenesten
Dialogiske praksiser – mobiliserer ressurser og bringer mennesker sammen	Dialogisk praksis og dialogen Helsepersonell som menneske i dialogisk praksis Dialogisk praksis i møte med brukere
Informantenes egne meninger	

#### 4.4 Etiske overveielser

Data som innhentes til kvalitative studier, er gjerne tekster som inneholder personers tanker og livserfaringer, som er med på å gi et personlig preg til materialet. På bakgrunn av dette, stilles det strenge krav til informert samtykke (Malterud, 2018, pp. 214-215). Studien inneholder personopplysninger, og på bakgrunn av dette måtte prosjektet meldes til Kunnskapssektorens tjenesteleverandør - SIKT. SIKT gjorde en automatisk vurdering av prosjektet basert på de opplysningene som ble gitt av meg, og det kom frem av denne vurderingen at prosjektet var lovlig såfremt det ble gjennomført som oppgitt i meldeskjemaet. Etter svaret kom fra SIKT ble prosjektet også sendt inn til Fakultetet for Helse- og idretts Etiske Komité (FEK) for godkjenning. Prosjektet ble godkjent her.

Deltakelser i forskningsprosjekter skal være frivillig, og deltakere skal skrive under på informert samtykke i etterkant av at informasjonen blir gitt både skriftlig og muntlig i forkant av intervjuprosessen (Jacobsen, 2013, pp. 15-38).

Konfidensialitet er av ytterste viktighet. Studien min skal ikke inneholde tredjepartsopplysninger, dette ble tatt opp med informantene i forkant av intervjuene. Skjemaene med informert samtykke har blitt oppbevart innelåst, adskilt fra lydopptak og transkriberte intervjuer. Informantene ble informert om og trygget på at det kun er meg selv og min veileder som skal ha tilgang til lydfile og de transkriberte intervjuene. Både transkriberte intervjuer og lydfile har vært oppbevart på en minnepinne som har vært innelåst

når den ikke var i bruk, og ble kun benyttet på PC som er passordbeskyttet. Lydfiler vil bli slettet ved prosjektets slutt, og transkriberte intervjuer vil bli anonymisert etter prosjektet. Slik studien ble gjennomført, mener jeg at den ikke har hatt negativ konsekvens for informantene. Informantene har fått være med på å belyse positive og negative sider med bruken av dialogiske praksiser, samt hvordan de opplever at den medisinske modellen brukes ute i tjenestene i dag. Informantene fikk selv velge dag og tidspunkt de hadde mulighet til å stille til intervju, og de fikk selv velge hvor det har vært mest gunstig for dem å treffe meg. Jeg opplever ikke at tematikken rundt reflekterende team, åpen dialog og den medisinske modellen legger opp til tabubelagte eller sensitive temaer som er særlig vanskelige å snakke om, men er også åpen for at noen kan synes det.

## **4.5 Studiens kvalitet**

Det er flere ulike synspunkter og meninger innen faglitteratur på hvordan en skal vurdere kvaliteten på kvalitativ forskning. Det er tre begreper som ofte går igjen for å beskrive kvaliteten innen kvalitativ forskning: pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet (Tjora, 2021, p. 259). Jeg vil benytte disse tre begrepene for å utdype kvaliteten på studien. I første avsnitt vil jeg presentere min forforståelse, da denne vil ha betydning for studiens pålitelighet (Tjora, 2021, p. 259).

### **4.5.1 Forforståelse**

Forforståelsen er sentral når en skal vurdere studiers pålitelighet. Alle har en forforståelse, som bygger på blant annet antagelser, tidligere erfaringer, teoretiske referanserammer og faglige perspektiver (Brinkmann & Kvale, 2015, pp. 268-269). Jeg har erfaringer basert på den medisinske modellen, og noen erfaringer i forhold til dialogisk praksis. Det å være helt nøytral vil være umulig, men det er også viktig med kunnskap om feltet som en skal forske på.

Forforståelsen vi har med oss er ofte en viktig årsak til motivasjonen bak forskningen som utføres (Malterud, 2018, p. 45). Jeg valgte et tema som engasjerte meg veldig under videreutdanningen, som jeg ønsket å lære mer om. Dette gjorde at studien oppleves som meningsfull, og spennende å gjennomføre uavhengig av hva resultatet ville bli. På bakgrunn av min forforståelse, har jeg en forventning om hvilke funn som vil kunne oppstå.

I dag jobber jeg i kommunehelsetjenesten, under virksomhet «Institusjon og hjemmetjeneste». Her blir det tatt mye hensyn til diagnoser, men hele mennesket skal også sees.

Jeg er utdannet sykepleier, og har jobbet som sykepleier i 7 år i ulike deler av helsetjenesten etter endt utdanning, hvorav et år på et distriktpspsykiatrisk senter og syv år innen ulike tjenester i kommunehelsetjenesten. Jeg har også en videreutdanning innen rehabilitering og helsefremming hos kronisk syke pasienter, og er nå i et masterforløp innen psykisk helsearbeid. I løpet av disse årene i de ulike tjenestene har jeg opparbeidet meg noen erfaringer og tanker rundt hvilke tilbud man har innen psykisk helsetjeneste i de ulike tjenestene.

Jeg har erfaring med at diagnoser kan være til hinder for at en bruker opplever seg sett og hørt, og har opplevd at diagnoser kan være stigmatiserende. Diagnosene får ofte stort fokus, og det bestilles en behandling av den delen av mennesket som er sykt. Vi som mennesker danner oss forskjellige erfaringer som preger oss på ulike måter gjennom livet. Noe som er med på å forme min forforståelse av tematikken jeg har valgt, er blant annet mine år som sykepleier – både i forbindelse med ulike praksisperioder under utdanning og i jobbsammenheng. Denne forforståelsen må jeg sette i parentes slik at studien kan være åpen for informantenes egne erfaringer. For å kunne se på tidligere forskning og egne resultater på en mest mulig refleksiv og åpen måte, er det viktig at en er bevisst sin egen forforståelse (Aadland, 2013, p. 56).

Jeg har ofte opplevd at mine og andre helsepersonells tanker om hva som er friskt og ideelt for en bruker, ikke samsvarer med brukers egen opplevelse.

#### **4.5.2 Pålitelighet**

Pålitelighet omhandler sammenhenger innad i studien, og hvordan dette synliggjøres i studien. For å øke studiens pålitelighet, er det viktig å redegjøre for hvordan teori, empiri og analyse henger sammen (Tjora, 2021, p. 263). Jeg har i denne prosessen forsøkt å være så transparent som mulig når det kommer til redegjørelsen for hvordan jeg har arbeidet for å komme frem til mine funn. Jeg har deltatt på masterseminar i regi av Universitetet i Agder, hvor jeg presenterte prosjektet mitt. Jeg fikk tilbakemeldinger på metodevalget mitt, hvor det ble spurt om jeg hadde vurdert fokusgruppeintervju. Valget jeg tok angående dette er beskrevet i kapittel 4.2.2. Intervjuguiden ble gjennomgått flere ganger sammen med veileder, både over e-post og via Zoom. I den første intervjuguiden fikk jeg tilbakemeldinger om å ta med spørsmål som åpnet mer for at informantene åpent kunne fortelle om praksisen sin. Jeg fikk også tilbakemeldinger om å formulere enkelte spørsmål litt annerledes, da noen av dem

kunne gitt et ja/nei-svar. Andre tilbakemeldinger gikk på å endre litt på rekkefølgen av spørsmål. Vi gikk inn i diskusjoner, hvor jeg forklarte hvorfor jeg hadde tatt ulike valg i forhold til spørsmålene som skulle stilles, og sammen fant vi ut hvordan intervjuguiden skulle se ut, slik den ligger i Vedlegg II.

Under intervjuene og gjennom analyseprosessen har jeg forsøkt å være så åpen og nøytral som mulig. Jeg prøvde å la informantene snakke mest mulig uavbrutt, og lot dem snakke ferdig før jeg kom med eventuelle oppfølgingsspørsmål. Selv om jeg har forsøkt å holde meg så nøytral og nysgjerrig som mulig, både i søken etter informasjon og under intervjuene, er det ingen garanti for at min forforståelse ikke har vært med på å forme resultatene. Dette kan være en faktor som kan ha påvirket påliteligheten.

### **4.5.3 Gyldighet**

Gyldigheten av en studie handler om en i studien finner det en søker etter. En studie kan styrkes dersom studien er faglig forankret i annen forskning og relevant litteratur og at forskeren gjør rede for hvilke valg som er tatt i forhold til datainnsamling. Dette gjør at leseren inviteres til å ta kritisk stilling til forskningens presisjon og relevans (Tjora, 2021, p. 262). Min oppgave bygger på relevant forskning og litteratur som omhandler temaet. Denne bakgrunnen har ligget til grunn for utarbeidelsen av intervjuguiden, samt teoretisk forankring for oppgaven.

Det at jeg gjør rede for analyseprosessen fra start til slutt, anser jeg som en styrke i forhold til studiens gyldighet. Dette gjør at leseren kan følge prosessen min fra A-Å. Underveis i prosessen forsøkte jeg å være kritisk til mine egne tolkninger, og gikk tilbake for å kvalitetssikre at sammenhengen mellom tolkningen og den opprinnelige dataen var logisk.

### **4.5.4 Overførbarhet**

I kvalitativ forskning blir det ofte omtalt som overførbarhet, men Tjora (2021) mener begrepet overførbarhet er begrensende, og at generalisering ikke bør begrenses og er en god kvalitetsindikator (pp. 267-269). Han mener at generaliserbarhet er et begrep som allerede er godt innarbeidet innen forskning, og at det er lite hensiktsmessig å innføre andre begreper. Han påpeker viktigheten av at begrepene må gis en betydning som er meningsfull for vurderingen av kvalitativ forskning (Tjora, 2021, p. 259).

Malterud (2018) mener derimot at begrepet generaliserbarhet fører til urealistiske assosiasjoner om en allmenngyldig overførbarhet (Malterud, 2018, pp.66-67). Jeg vil benytte meg av Malteruds forståelse av begrepet overførbarhet. Forskeren skal jobbe for å styrke kunnskapens overførbarhet, og vurdere til hva, hvem og under hvilke betingelser kunnskapen er overførbar.

Jeg har samlet data hos informanter fra ulike arbeidssteder i ulike kommuner. Det var mange klare likheter mellom dataen som ble samlet inn til tross for ulik utdannelse, ulik yrkeserfaring og ulike arbeidssteder. Det var også noen ulike erfaringer i forhold til hvordan bruken av dialogiske praksiser ble lagt til rette for ved de ulike arbeidsstedene. Jeg mener at funnene mine vil kunne gjelde andre deler av landet som arbeider med dialogiske praksiser i kommunehelsetjenesten. Det er samtidig viktig å være klar over at min studie er relativt liten, og det vil være nødvendig med ytterligere studier omkring samme tema for å sikre overførbarhet. Jeg mener studien har verdi fordi den belyser at ansatte i kommunal psykisk helsetjeneste mener at dialogiske praksiser er gode metoder å bruke i deres tjeneste. Jeg har intervjuet ansatte som har erfaring fra ulike kommuner, og flere av funnene som er gjort samsvarer på tvers av arbeidssteder. Dette mener jeg er resultater som kan være overførbare til tilsvarende tjenester i andre kommuner i landet, men samtidig er det viktig å ta i betraktning studiens størrelse.

## **5.0 RESULTATER**

Denne studien har utgangspunkt i følgende problemstilling: Hvilke erfaringer har helsepersonell i kommunal psykisk helsetjeneste med bruk av dialogiske praksiser, og hvordan oppleves dialogiske praksiser sammenlignet med praksis basert på den medisinske modellen?

Analyseprosessen førte frem til følgende hovedtemaer som besvarer denne problemstillingen: Dialogiske praksiser – viktig, men utfordrende å få til i dagens tjeneste, Den medisinske modellen – en mindre dominerende rolle, Dialogisk praksis – mobiliserer ressurser og bringer mennesker sammen, og Informantenes egne meninger.

Disse vil nå bli presentert i det følgende, og belyst med eksempler fra empirien.

### **5.1 Dialogiske praksiser – viktig, men utfordrende å få til i dagens tjeneste**

Når jeg spurte om hvilke erfaringer helsepersonell hadde med dialogiske praksiser, kom temaet om hvordan dialogiske praksiser faktisk praktiseres og legges opp tydelig frem blant informantene. Dette hadde betydning for hvordan helsepersonellet opplevde at de hadde støtte fra ledelsen til å drive med denne typen praksis, som de selv erfarte var en god og viktig måte å drive helsehjelp på.

#### **5.1.1 Tilrettelegging for dialogisk praksis**

Informantene hadde ulike opplevelser av hvordan arbeidsplassene deres la til rette for at dialogiske praksiser skulle brukes som en naturlig del av tjenesten. Noen erfarte at lederne deres ønsket at de skulle bruke dialogiske praksiser, mens andre erfarte at lederne deres hadde lite kunnskap til hva dialogiske praksiser er og hva det innebærer.

Flere av dem opplevde at det var veldig opp til dem selv om dialogiske praksiser ble brukt aktivt eller ikke. Det gjaldt både arbeidsplasser hvor ledere ønsket at dialogiske praksiser ble brukt, og på arbeidsplasser hvor lederne hadde lite kunnskap om dialogisk praksis.

To av informantene forteller at for å få dialogiske praksiser inn i tjenesten, har tjenesten til nå vært avhengige av at enkelte ansatte fungerer som pådrivere for dialogiske praksiser.

Jeg opplever at du må ha folk som vil – ildsjeler – som skjønner at dette er bra.  
(Informant C)

En av informantene var veldig tydelig på at det i dag ikke tilrettelegges for bruk av dialogiske praksiser på arbeidsplassen, og opplever dette som utfordrende. Andre informanter hadde hatt samme erfaring tidligere, men nå gitt ansvaret over til lederne og tjenesten for å være pådrivere og for å «trekke i trådene», for å forankre tilbudet i tjenesten. Alle informantene er enige om at de i dag gjerne kan havne i tidsklemmer og samtidskonflikter, som gjør at prioriteringen av dialogiske praksiser kan være vanskelig dersom tjenesten ikke legger til rette for at dialogisk praksis brukes mer systematisk.

Det er vi som sitter med den kunnskapen om hvor viktig det er som drar det i gang.

Det er ingen som drar det i gang for oss. (Informant B)

Men selv om ledelsen da tok initiativ til det, så ble det ikke så godt fulgt opp i etterkant, så vi følte at vi var litt på egenhånd, at det kom litt an på vår motivasjon, og at vi holdt det varmt. (Informant D)

Også er det en tidsklemme, får ikke alltid tid til å lære de andre opp i dette, så jeg kan ikke si at det er noen over meg som vet noe mer enn meg selv hvor viktig dette er akkurat nå. (Informant B)

Men for organisasjonen, så ble det for tungt for oss. (Informant C)

Informantene er enige om at til tross for at dialogisk praksis er en praksis som kan være tidskrevende, erfarer de at tiden som brukes på det i starten er verdt det i andre enden, både for brukerne og for tjenesten. Flere av informantene kommenterte at åpne samtaler i nettverk var et mindre ressurskrevende tilbud enn det mange tror. En av informantene undrer seg over om det er en av grunnene til at det ikke blir brukt mer i dagens tjeneste.

### **5.1.2 Gjennomføring av dialogiske praksiser**

Jeg fant ut at måten brukere ble rekruttert til dialogiske praksiser på, var ganske lik på de arbeidsplassene hvor informantene jobbet. De forklarer at det er helsepersonellet selv som vurderer om dialogiske praksiser vil være hensiktsmessig hos brukerne de har.

Vi finner de jo når vi har våre egne saker, så kan vi tenke at 'Her! Er det jo en fin måte å gjøre det på'. (Informant C)

Jeg fant at informantene hadde relativt lik tilnærming til hvordan de la opp til dialogisk praksis som en del av helsehjelpen, hvor de forklarer at de først og fremst vil treffe brukeren, og gjerne allerede i første møte vurdere om dialogisk praksis vil være en hensiktsmessig del av hjelpen som skal gis. Informantene var veldig opptatt av å forklare til brukeren at det var brukeren selv som bestemte hvem som skulle være med i møte. De forklarer at de ofte hjelper brukerne med å kartlegge hvem i deres liv som kunne vært aktuelle å ta med inn i slike møter. En av informantene fortalte at hen opplevde reflekterende team som en nyttig metode blant annet i situasjoner hvor ting holdt på å kjøre seg fast.

Det fantes også erfaring med bruk av dialogiske praksiser, da spesielt reflekterende team, mellom ansatte hos en av informantene. Dette ble opplevd som nyttig både som øvelse i metoden, og som en veiledningsmetode for å gi tilbakemeldinger og veiledning på arbeid som var gjort og som rådgivning til videre arbeid.

En av informantene omtaler åpne samtaler i nettverk som «en del av pakken», og at dette var en form for hjelp som hen opplevde kunne være med på å løse en del problemer for mange. Informantene som arbeidet med brukere basert på vedtak, savnet muligheten til å få brukere tidligere inn til deres tjeneste. De opplevde at virkeligheten til brukerne kunne se veldig annerledes ut når brukerne først fikk time hos dem, sammenlignet med hva som hadde blitt beskrevet i vedtaket.

Noen ganger når vi leser disse saksfremleggene, så kan det virke som det er, altså de har komprimert alt sammen, så kan man tenke at dette her ser helt håpløst ut, og så er min erfaring da at jeg må møte brukeren og høre, møte personen ansikt til ansikt så ser det helt annerledes ut. (Informant D)

En av informantene opplevde det som viktig at en hadde mulighet til å variere hvor man utførte nettverksmøtene. Hen forteller at det å komme inn på kontoret kan for noen virke fremmedgjørende eller mer alvorlig. To av de andre informantene hadde også gode erfaringer med å ha nettverksmøter i brukeres hjem. Det var ulike grunner for hvorfor møtene ble holdt i



brukernes hjem, noen ganger fordi brukeren av praktiske årsaker ikke kunne komme til tjenesten, andre ganger fordi brukerne selv ønsket å ha møtet hjemme.

Flere av informantene har erfaring med å bruke det de kaller «en form for nettverksmøte», hvor de utfører møter etter metodens prinsipper, men deltar som eneste fagperson. Dette kunne være av ulike grunner, noen ganger fordi det ikke var mulig å få med en annen fagperson, andre ganger kunne det være fordi brukeren selv ikke ønsket noen andre enn den ene fagpersonen i første omgang.

Flere av informantene kunne fortelle at de drev med nettverksmøter med åpne samtaler, hvor reflekterende prosesser var en viktig del av nettverksmøtet.

## **5.2 Den medisinske modellen – en mindre dominerende rolle**

Det er mye i dagens helsetjenester som legger opp til praksis basert på den medisinske modellen. Pakkeforløpet innen psykisk helse og rustjenester kan være et eksempel på dette (Aarre, 2018, p. 55). På spørsmål om den medisinske modellen, ble diagnoser et naturlig tema blant informantene. Det var ulikt blant informantene hvor nødvendig den medisinske modellen var for dem og tjenestene de utførte, men felles for alle var at de ønsket større plass til dialogiske praksiser.

### **5.2.1 Den medisinske modellen i tjenesten**

Det var ulike erfaringer på hvordan den medisinske modellen ble brukt inn i tjenestene de jobbet i. Hos noen spilte den medisinske modellen en større rolle, fordi de fikk tildelt brukere på vedtak som baserte seg på brukernes sykehistorie. Andre steder var det litt mer diffust, og vedtak og diagnoser var ikke alltid en nødvendighet for å få hjelp i den delen av tjenesten.

Så det stemmer ikke helt overens, og hvor stor verdi den sykehistorien har, det kan en jo stille spørsmål ved. (Informant D)

Det var ulike holdninger til praksis basert på den medisinske modellen. Noen av informantene mente at det ikke var en gunstig modell å drive psykisk helsehjelp etter, mens andre så at det kunne være et viktig bakteppe for å forstå brukeren bedre. En av informantene sa at det gjerne

kunne hjelpe hen til å være mer tålmodig i møte med brukeren, og det kunne for eksempel gi en pekepinn for hvordan terapeuten best mulig skulle ordlegge seg i dialog med bruker.

En av informantene forteller at hen ikke er særlig glad i den medisinske modellen og fokuset på at det er sykdom som skal kureres eller medisineres, fordi at hen erfarer at diagnoser ikke kan behandles likt fra bruker til bruker. To av informantene forteller at på deres arbeidsplass er lite fokus på diagnoser, men at det samtidig ikke vil bli oversett fordi det kan gi viktig informasjon om brukeren, og en av informantene undrer seg over om det hadde vært annerledes om det hadde stått noe om diagnosene eller ikke.

### **5.2.2 Diagnosenes plass i tjenesten**

Det var ulikheter blant informantene i forhold til hvordan de forholdt seg til diagnoser i deres hverdag. Det var enighet blant informantene at slik tjenestene generelt er lagt opp i dag, så vil ulike diagnoser utløse ulike rettigheter. Informantene hadde alle erfaring med at det var ulikt hvordan brukerne selv forholdt seg til diagnoser. De forteller at de møter brukere som kan være veldig opptatt av diagnoser, ønsker å få diagnoser og bli henvist videre, og at brukerne har lest seg godt opp på diagnosene før de kommer til tjenestene for å få hjelp. På den andre siden møter de brukere som ikke har noe forhold til diagnoser, eller ønsker å få bort diagnoser de har fordi de opplever at det ikke er gjeldende for dem. Flere av informantene opplever at brukernes holdninger til diagnoser har endret seg opp igjennom årene, hvor diagnoser har fått mer fokus blant annet i media.

Det er ulik erfaring på hvordan brukere forholder seg til den medisinske modellen og diagnoser, noen er veldig opptatt av diagnosene og har lest seg opp på dette (vandrende leksikon), mens andre er veldig lite opptatt av det. En av informantene undrer seg over om diagnoser kan gjøre at enkelte brukere føler seg misforstått.

Men når det gjelder diagnoser, så er det et øyeblikksbilde, du kan ikke bruke samme systemet og tenkning som du bruker i somatikken, for det er noe i deres liv som har gjort at de har opplevd noe, som gjør at de kanskje takler livet sitt, kanskje de ikke har noen støttepersoner som gjør at de blir mer engstelige, at de blir mer deprimert, eller at de har triste tanker, som gjør at de strever mer enn andre. Og da tenker jeg at hvis du kommer noen plass og veldig kjapt setter en diagnose, så føler du deg kanskje ikke så forstått. (Informant A)

Det kom frem at diagnoser kunne være betydningsfulle for hvordan informantene gikk inn i møtet.

Hvis man har nettverksmøter med for eksempel en schizofren person, og familien er samlet og sånn, er det klart at du må tilpasse nettverksmøtet etter den som er, som formelt eier det. (Informant B)

På den andre siden var de fleste informantene lite opptatt av diagnoser i møtet med brukerne, og opplever at de kommer lengre med å møte brukerne der de er, uavhengig av hvilke diagnoser de måtte ha.

Men jeg synes jeg kommer lengre med folk, når jeg møter de som de er, og ikke tenker «ja, hun har en diagnose.» Så jeg synes det er ubetydelig for meg, hvert fall, i forhold til hvordan jeg skal hjelpe. (Informant A)

Jeg er mest opptatt av den som kommer her, så det er ikke alltid jeg har lest meg opp eller fanget opp at den har en diagnose med seg, men jeg vil jo alltid sjekke det opp. (Informant B)

Men vet man noe om en, at en har en diagnose, så vet man og for eksempel sårbarhet, eller stress eller rus, hva det enn er, så skjønner man jo at møtet blir deretter. (Informant B)

### **5.3 Dialogiske praksiser – mobiliserer ressurser og bringer mennesker sammen**

Dialogiske praksiser handler blant annet om møtet med den andre. I intervjuene kom det frem at informantene var opptatte av dialogen mellom dem selv, bruker og eventuelt nettverket, hvilke opplevelser de selv hadde i forbindelse med dialogiske praksiser og hvordan de møtte brukere med dialogiske praksiser.

### **5.3.1 Dialogisk praksis og dialogen**

Språk og hvordan språket brukes hadde også betydning i bruken av dialogiske praksiser. Dette gjaldt både verbalt og nonverbalt språk.

En av informantene forteller at hen ser viktigheten av å kunne «lese folk og situasjoner», som et ledd i å vite når en kan ta en pause i dialogen mellom bruker og nettverk, og la det reflekterende teamet reflektere over det som er blitt sagt til nå. Informantene forteller at det åpnes for en annen type dialog mellom brukere, nettverket og dem selv enn det de gjerne har opplevd i andre sammenhenger. Det at helsepersonellet skal stille mer likt med brukeren og nettverket, men samtidig ha faglig tyngde, oppleves som meningsfullt. De forteller at dialogen må tilpasses til settingen og til den som eier møtet.

For der står vi egentlig fritt til å si så mye, en blir jo faktisk så modig, når du har rammet det inne sånn på den måten. (Informant B)

En må legge inn noen pauser eller spille på litt humor, eller altså, du må jo bli en kreativ person. (Informant B)

Det å være profesjonell og sitte med historiene som vi har hørt, og presentere det på nytt igjen, det er effektivt på den måten at de andre lytter aktivt, de blir litt nysgjerrige, 'hva er det de skal si nå?', ikke sant. (Informant B)

### **5.3.2 Helsepersonell som menneske i dialogisk praksis**

Det var ulikt hvordan informantene først forholdt seg til dialogisk praksis når de ble kjent med bruken. Noen syntes det var interessant med en gang, mens andre var mer skeptiske.

Felles for alle var at det nå er en metode ingen av dem ser for seg å ikke bruke.

Noen av de ansatte opplever at de har en arbeidsplass hvor kollegaene også er opptatt av og positive til dialogisk praksis, og at det generelt er kunnskap om praksisen blant helsepersonell i deres tjeneste. En annen informant forteller at det er lite kunnskap blant kollegaene om dialogisk praksis, og at det er opp til hen å introdusere de andre ansatte for denne metoden.

Hen forteller at dette gjerne er ansatte som ikke har videreutdanning i psykisk helsearbeid. På den andre siden forteller hen at når hen informerer andre ansatte om metodikken, så virker det som de er interessert i å lære mer om det. Det kan også virke som om det er en bøyg for ansatte som ikke kjenner til metoden, å begynne og øve på den.

... så er du nødt til å synliggjøre deg selv som fagperson – og det tror jeg mange ikke tør.  
(Informant A)

En av de andre informantene er også inne på dette, hvor hen forteller at hen opplever at ansatte gjerne er mer komfortable med et ansvarsgruppemøte, hvor de selv kan styre agendaen og selve møtet. En annen informant forteller at en må tørre å by litt på seg selv, og de to siste informantene forklarer at de har ansett det som nyttig at de noen ganger kan fortelle brukeren og nettverket at de selv kan relatere til det som blir sagt.

Og det kjenner jeg ofte på, at da får en den arenaen hvor en har anledning til å være den modige utgaven fordi at du kan, altså, det å reflektere er jo det å se om igjen, og tenke høyt. (Informant B)

Som tidligere nevnt, hadde en av informantene erfaring med å bruke reflekterende team med sine kollegaer. Dette mener informanten også kan overføres til reflekterende team i møte med brukere, at refleksjonen som skjer i positiv forstand kan klinge lenge i ørene på de som hører det.

Da ser du hvordan denne personen liksom ... Jeg kan ikke si at denne personen retter seg opp, fordi at den slapper på en måte av, du ser at hele kroppen bare gir etter, noen gråter, noen synes det er veldig sterkt å få alle disse her hjelpende ordene med, men alle disse stemmene og alle som sitter der og bruker litt tid på å tenke gjennom, det er en effektfull ting. (Informant B)

### **5.3.3 Dialogisk praksis i møte med brukere**

Flere av informantene beskrev at brukere generelt ofte var noe skeptiske når de først ble introdusert for dialogiske praksiser. De forteller at brukere ikke ønsker å være til bry for sine nærmeste, de er redde for at problemene de har allerede har påført dem for mye. Informantene forteller om viktigheten av å ufarliggjøre dialogiske praksiser, og at det er brukerne selv som bestemmer hva som skal snakkes om. En informant forteller at det gjerne hjelper å «snu på situasjonen», spørre brukeren hvordan de selv ville ha respondert hvis det var en i deres nettverk som hadde invitert til et slikt møte.

Det med å bruke reflekterende team er veldig nyttig, det har vi fått tilbakemeldinger på at det å høre, det at møtelederne snakker seg imellom, en får en slags annen synsvinkel på det som er utfordringen, at det kan være nyttig.

Informantene opplever at det har betydning for brukerne at de opplever de har flere som heier på dem.

... Og ser at de ressursene som den familien har, det nettverket, den vennegruppa eller hva det er for noe, de er der jo, og det er så mange som egentlig kan være med å heie! I stedet for at vi sitter og tenker at vi er de eneste som heier på dem. (Informant C)

Det ble trukket frem at brukerne ofte hadde mange som gjerne ønsket å hjelpe dem, og erfaringen var at det alltid var noen i nettverket som gjerne ønsket å stille opp for brukerne.

Folk står jo i kø for å ville hjelpe – det er jo det. (Informant C)

Informantene opplever at i samtlige sammenhenger hvor det benyttes nettverksmøter eller reflekterende team, så er opplevelsene hos brukere positive. På spørsmål om hvilke erfaringer de har med om brukere ønsker oppfølgingsmøter, var responsen fra informantene at de aller fleste brukerne ønsker flere slike møter.

Noen av informantene var opptatte av relasjonen mellom brukeren og nettverket. De forklarer at relasjonene kan tåle ganske mye i slike møter, for noen kanskje overraskende mye.

Det er litt sånn hoved-erfaring da, når de har en relasjon i bunn, at de kan egentlig tåle ganske mye av den oppvasken og det at de er ærlige med hverandre, ganske ærlige og veldig direkte noen ganger. (Informant D)

Jeg synes ofte at de trenger litt betenkningstid, at vi gjerne må snakke om det flere ganger. (Informant C)

## 5.4 Informantenes egne meninger

Når jeg spurte om informantenes erfaringer om dialogiske praksiser, kom det uoppfordret fra alle at dialogiske praksiser er en praksis som burde brukes mer aktivt i kommunal psykisk helsetjeneste. Flere av informantene stiller seg spørrende til hvorfor dialogiske praksiser ikke er mer brukt, og hvorfor det ikke er en større del av grunnutdanningene innen helse.

.. og det er det som jeg tenker at åpne samtaler og dialogisk praksis, folk får hjelp, de får mye mer hjelp, en hjelp som hjelper. (Informant A)

Så jeg tenker at det er den eneste måten å jobbe på for kommunen. (Informant C)

Så jeg synes det er en fin, viktig ting å ha med seg i dette terapeutiske rommet, at jo flere vi er, jo bedre er det. (Informant B)

Tre av informantene var veldig positive til dialogiske praksiser når de først ble introdusert for det, mens en av informantene hadde vært mer nølende til metodikken. Felles for alle var at etter de hadde benyttet åpne samtaler i nettverk og reflekterende team, at dette er en metodikk som de aldri vil slutte å bruke.

Jeg synes i alle fall at det er et verktøy som jeg ser at jeg aldri kommer til å slippe. (Informant B)

## 6.0 DRØFTING

Helsepersonell kan benytte seg av ulike tilnærminger i behandling og samhandling med brukere. Studiens formål har vært å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell har med bruken av dialogiske praksiser i kommunal psykisk helsetjeneste, sammenlignet med praksis basert på den medisinske modellen. I dette kapittelet vil jeg drøfte mine funn i lys av teori, nasjonale føringer for det psykiske helsefeltet og tidligere forskning på området. Jeg vil drøfte følgende temaer: Dialogiske praksiser tilpasset dagens tjeneste, Hindringer for bruken av dialogiske praksiser i kommunen, Den medisinske modellen – en nødvendighet?, og Helsepersonellet i møtet med den andre gjennom dialogiske praksiser.

### 6.1 Dialogiske praksiser tilpasset dagens tjeneste

På spørsmål om hvordan dialogiske praksiser ble anvendt på informantenes arbeidssted, var det både likheter og ulikheter mellom de ulike arbeidsstedene. Noen informanter hadde en tjeneste som baserte seg på vedtak, mens andre hadde i større grad et lavterskeltilbud hvor brukerne selv kunne ta kontakt, men fikk også henvist brukere fra blant annet fastleger og noen ganger spesialisthelsetjenesten. Kommunehelsetjenesten er pålagt å sørge for nødvendige helse – og omsorgstjenester til de som oppholder seg i kommunen (Meld.St. 23 (2022-2023), p. 41). Selv om rapporter viser at antall ansatte innen kommunal psykisk helsetjeneste har økt de siste årene, kan en ikke regne med samme økningen i årene fremover. Det er derfor viktig at en ser på hvordan ressursene i denne tjenesten brukes og vurderer andre måter å organisere tjenestene på (Meld.St. 23 (2022-2023), p. 42). Seikkula og Arnkil (2013) beskriver nettverksmetoder som utfordrer til det tradisjonelle ekspertsystemet hvor fagpersoner har en overordnet rolle i hvordan en bygger opp helsehjelpen rundt brukerne (p. 163). En av mine informanter kommenterte at hen opplevde en relasjonell tilnærming som åpne samtaler i nettverk var mindre ressurskrevende enn det folk trodde, og en annen informant kommenterer at hen mener dialogiske praksiser er den eneste måten for kommunen å jobbe på. Denne informanten kommenterer også at en får mobilisert gode ressurser rundt brukeren ved å bruke denne metoden, og opplever det som meningsfullt og effektivt både for brukere, nettverket og tjenesten.

Det var ulik erfaring blant informantene i forhold til hvordan tjenestene la til rette for bruken av dialogiske praksiser. I følge Seikkula og Arnkil (2013) er det viktig å organisere et nettverksmøte så tidlig som mulig, gjerne innen 24 timer (p. 52). Dette er dog erfaringer gjort



i forbindelse med pasienter i psykose, som er i en akutt krise. I min studie finner jeg at selv om ikke det blir opprettet et nettverksmøte like tidlig som den Seikkula og Arnkil anbefaler for nettverksmøter, så er informantene likevel opptatte av å kartlegge tidlig om brukerne deres ønsker å benytte seg av tilbudet med åpne samtaler i nettverk. Det som kom frem i min studie, var at informantene opplevde at flere av brukerne trengte betenkningstid på om de ønsket nettverksmøter eller ikke. Dette står i noe kontrast til hvordan Seikkula og Arnkil (2013) legger frem fremgangsmåten for nettverksmøter, hvor de mener det er viktig at nettverksmøter kommer i gang så tidlig som mulig fordi det kan være formålstjenlig å ta opp problemstillingene mens de enda er ferske (p. 53). Erfaringene fra min studie er at til tross for at de ikke startet med nettverksmøter i første møte, så var alle brukere fornøyde med nettverksmøter og reflekterende prosesser, og flere ville bruke det igjen. Dette mener jeg kan tale for at selv om praksisen er ulik, vil den kunne ha god effekt også i kommunal sektor.

Funnene i min studie tyder på at dialogiske praksiser kan være et godt alternativ til hvordan kommunehelsetjenesten kan legge til rette for en annen måte å organisere tjenestene på, både i samsvar med det som etterspørres i forbindelse med «Opptappingsplan for psykisk helse» (Meld.St. 23 (2022-2023)) og «Tid for handling» (NOU 2023: 4, 2023). Begge disse førende dokumentene omtaler nødvendigheten av å se på hvordan tjenestene organiseres fremover, og «Tid for handling» trekker frem at det er nødvendig at blant annet dagtilbud og poliklinisk tilbud styrkes (NOU 2023: 4, 2023, p. 41). Min mening er at ved å la kommunene bruke dialogiske praksiser tidlig, vil en kunne hjelpe med å få brukernes egne ressurser i form av familie, venner eller lignende tidlig, og dermed avlaste spesialisthelsetjenesten. Dette kan kobles til studiene gjort av Seikkula med flere, hvor de fant at nettverkssamtaler kunne være med på å forhindre eller forkorte sykehusopphold (Seikkula et al., 2003; Seikkula et al., 2006; Seikkula et al., 2011). Selv om disse er gjort på pasienter med psykose, mener jeg det har en overførelsesverdi. Dette kan sees i sammenheng med det Jacobsen og Karlsson (2019) oppdaget i sin studie, hvor behandlerne rapporterte at de ikke så sammenheng mellom nytten av nettverksmøter og graden av symptomtrykk hos pasientene sine (p. 67). Denne studien er gjort med behandlere som jobber på en lukket psykiatrisk avdeling, og jeg mener resultatene her kan ha overførelsesverdi til kommunal tjeneste. Noen av informantene forklarer at de brukerne de får inn nå er sykere enn det de var for noen år tilbake. En av informantene forklarer at vi som mennesker er ikke en øy, vi trenger folk rundt oss. Mine informanter var også lite opptatt av hvilke lidelser eller i hvilken grad de hadde symptomer på lidelse når de

ville iverksette nettverksmøter, da mente de at det var mer viktig å tilpasse møtene til der brukeren var med hensyn til symptomtrykk, språk eller lignende.

## **6.2 Hindringer for bruken av dialogiske praksiser i kommunen**

Et interessant funn i min studie, var at flere av informantene opplevde hindringer for å utføre dialogiske praksiser på en systematisk måte. De forteller at de i stor grad selv har vært nødt til eller enda er nødt til å «dra lasset» selv, de er selv nødt til å fremme hvorfor dialogiske praksiser er bra å bruke, da både åpne samtaler i nettverksmøter og reflekterende team. De opplevde også at de kommer i en skvis mellom det de ønsker å gjøre, det tjenesten ofte forventer og tiden de har til rådighet. Hvordan kan en legge til rette for at dialogiske praksiser kan bli brukt i tjenestene? Informantene mine er opptatte av at de trenger støtte fra ledere, at de ikke kan dra det alene. Det informantene også sier er at selv om det kan være tidkrevende med dialogiske praksiser, så mener de at det vil lønne seg i et lengre perspektiv – blant annet fordi de får koblet på ressurser tidligere. Jacobsen og Karlsson (2019) fant i sin studie at informantene mente det var viktig at de hadde tid til reflekterende samtaler i nettverksmøter. Dette var fordi de fant at dette ofte ga en sjanse for å se nye løsninger, og kunne fremme endring. De erfarte at de mistet noe meningsfullt hvis viktige uttrykk fra pårørende og pasient ikke ble løftet, og forsøkt forstått gjennom refleksjon (Jacobsen & Karlsson, 2019, p. 63). Seikkula og Arnkil (2013) forteller om viktigheten av at også brukerne og deres nettverk ser dialogen som positivt, fordi den ikke kan tvinges gjennom (p. 169).

Seikkula og Arnkil (2013) forteller at det å bruke brukerens hjem som arena kan være det beste stedet for møtene, fordi familiens ressurser kan bli utgangspunktet for behandlingen (p. 55). En av informantene opplevde det som viktig at en hadde mulighet til å variere hvor man utførte nettverksmøtene. Hen forteller at det å komme inn på kontoret kan for noen virke fremmedgjørende eller mer alvorlig. De av informantene som hadde vært med på å ha nettverksmøter i hjemmet hos brukere, har opplevd dette som veldig verdifullt, fordi det kan være utfordrende for noen å komme inn på kontor, det være seg en fysisk hindring eller en mental sperre. Dette kan være et steg i hvordan en skal organisere tjenestene annerledes i forhold til hvordan de er blitt organisert til nå, og burde sees ytterligere på.

Metoden med åpne samtaler i nettverk er som tidligere beskrevet utarbeidet i settingen spesialisthelsetjenesten og psykosepasienter (Seikkula & Arnkil, 2013, pp. 26-27).

Flere av informantene har erfaring med å bruke det de kaller «en form for nettverksmøte», hvor de utfører møter etter metodens prinsipper, men deltar som eneste fagperson. Dette kunne være av ulike grunner, noen ganger fordi det ikke var mulig å få med en annen fagperson, andre ganger kunne det være fordi brukeren selv ikke ønsket noen andre enn den ene fagpersonen i første omgang. I Kragstadsmoens oppgave (2011) fant hun at informantene ikke brukte Seikkulas prinsipper helt, men likevel opplevde god trygghet i utførelse av metoden (Kragstadmoen, 2011, p. 41). Det kan tenkes at det gjerne må utføres tilpasninger av prinsippene for at åpne samtaler i nettverksmøter skal være helt optimalt for kommunehelsetjenesten.

Flere av informantene kunne fortelle at de drev med nettverksmøter med åpne samtaler, hvor reflekterende prosesser var en viktig del av nettverksmøtet.

Basert på mine funn som viste hvordan det var utfordrende å implementere og bruke dialogiske praksiser, så tror jeg at «Opptappingsplan for psykisk helse» sammen med NOU «Tid for handling» kan være et steg i riktig retning for å se på hvordan en skal organisere tjenestene annerledes. Informantene mener det trengs mer støtte fra avdelingsledere og virksomhetsledere, og jeg mener føringene i disse dokumentene kan oppmuntre til det. Det er dog viktig å huske på at det må følge både midler og kompetanse med for å lykkes. Informantene hadde en opplevelse av at de andre i tjenestene som hadde kunnskap om dialogiske praksiser, var andre som hadde tatt videreutdanning innen psykisk helsearbeid. To av informantene stilte seg undrende til hvorfor praksiser som åpne samtaler i nettverk og reflekterende team ikke er en større del av grunnutdanningene innen helse.

### **6.3 Den medisinske modellen – en mindre dominerende rolle**

Den medisinske forståelsesmåten for psykiske lidelser fikk en ny vitalitet på 1970-tallet (Haugsgjerd et al., 2009, p. 20). Haugsgjerd et al. mente at denne forståelsen av psykiske lidelser kan regnes som den mest innflytelsesrike forståelsen i nyere tid, som har en sammenheng med forskningen som er blitt styrket på dette feltet. De forteller at det er mye psykisk i somatiske lidelser, men også mye fysisk i psykiske lidelser (Haugsgjerd et al., 2009, pp. 20-21). Brukere kan oppleve stigma ved å ha en psykisk lidelse, og flere uttrykker skam over å ha det. Skammen kan i følge Andersen (2018) komme som følge av en reaksjon på å ikke leve opp til kulturelle forventninger og krav om at en har en viss grad av selvbestemmelse og frihet, og dermed føle seg mislykket (Andersen, 2018, p. 101).

Aarre (2018) mener at den medisinske modellen gjør at psykologisk og biologisk variasjon kan bli oppfattet som avvik hos individet, og mener diagnosesystemet vi har i dag bidrar til at vi kategoriserer deler av befolkningen med en psykisk sykdom (p. 51). En av informantene i min studie forklarte at hen opplevde at det var mindre stigmatiserende å ha en diagnose nå enn tidligere, men opplevde samtidig at brukere kunne bruke diagnosebegrepene feil. Eksempler hen gav på dette, var at brukere kunne kalle seg «deprimerte», når de i utgangspunktet var nedstemte. Studien til Årseth og Johannessen indikerte at det enda er et ekspertperspektiv i tjenestene, som kan frata brukere muligheten til å mobilisere egne ressurser (Årseth & Johannessen, 2013, p. 35). Ved å ta i bruk åpne samtaler i nettverk, vil man tidlig kunne få på plass brukernes nettverk og hjelpe dem til å mobilisere ressursene de har rundt seg. Denne tankegangen støttes av prinsippene til Seikkula og Arnkil, som er opptatte av at også nettverket kan være sentrale for å definere et problem (Seikkula & Arnkil, 2013, p. 54).

Det er samtidig viktig å ta innover oss at det å sette diagnoser er noe som er pålagt (Aarre, 2018, p. 163). Aarre er ofte sterkt kritisk til diagnoser, men mener ikke at vi skal forkaste dem. Han mener at vi ikke må utvide de diagnostiske kategoriene mer, at vi ikke skal bidra til mer medisinsk inflasjon (Aarre, 2018, p. 163). En av informantene mine støtter denne tankegangen, og forklarte at hen mente det kanskje var gått en slags inflasjon i diagnoser. Informantene i min studie var generelt i liten grad opptatt av diagnoser hos brukerne de fikk inn til seg. Noen av informantene hadde en tjeneste som var vedtaksbasert, og i sakspapirene ville det stå diagnoser. Andre hadde en tjeneste hvor brukere kunne søkes inn uten samme fokuset på diagnoser, men mer fokus på plagene eller utfordringene brukerne hadde uavhengig av diagnoser. Helse – og omsorgsdepartementet problematiserer at en lite fleksibel organisering i forhold til diagnoser vil kunne gi et dårligere tilbud innen helsetjenesten (Meld.St. 23 (2022-2023), p. 77).

Madsen (2017) oppfordrer på sin side til å være var med tanke på diagnosekritikken, og forteller at vi ofte ender opp med å gjøre samme feil som vi kritiserer diagnosene for, at vi gjør kritikken om innsnevring av det som er normalt og stigmatisert om til sannheter. For enkelte pasienter er det ikke nødvendigvis slik, og det må vi som helsepersonell være bevisste på (pp. 40-41). Når det gjelder hvordan informantene opplevde at brukerne forholdt seg til diagnoser, var det forskjellige erfaringer blant dem. Noen brukere var veldig opptatt av diagnoser, og kunne oppleve det som en bekreftelse på det de opplevde. Andre var lite opptatt

av det, og noen kjente seg ikke igjen i diagnosen de hadde fått. En av informantene hadde opplevd at brukere ikke visste de hadde fått diagnoser. Aarre (2018) mener at mennesker som møter helsetjenesten har rett på å bli sett på ny, hvor det de sier og gjør ikke blir tolket ut fra tidligere sykehistorie (p. 169). Basert på dette kan det tenkes at den medisinske modellen ikke nødvendigvis kan forkastes helt, men bør nyanseres og brukes med varsomhet slik at den rommer hele mennesket.

Seikkula og Arnkil beskriver nettverksmetoder som utfordrer til ekspertsystemet hvor fagpersoner har en overordnet rolle i hvordan en bygger opp helsehjelpen rundt brukerne (Seikkula & Arnkil, 2013, p. 163). Aarres meninger om diagnoseperspektivet og tilfriskningsperspektivet er interessante, sett i lys av at ikke alle brukere er opptatte av diagnosene de har eller får (Årseth & Johannessen, 2013).

#### **6.4 Helsepersonellet i møtet med den andre gjennom dialogiske praksiser**

Dialogiske praksiser handler blant annet om møtet med den andre. I mine funn kom det frem at informantene var opptatte av dialogen mellom dem selv, bruker og eventuelt nettverket, hvilke opplevelser de selv hadde i forbindelse med dialogiske praksiser og hvordan de møtte brukere med dialogiske praksiser.

I Sidis et.al. (2022) fant de at praktikere som drev med reflekterende team ikke anså at de hadde mer informasjon og kunnskap enn familiemedlemmer, og at de fokuserte mer på relasjonell kompetanse i dialogen (p. 8). Andersen (2018) er også opptatt av at en skal nøye vurdere hvorvidt man bruker fagspråk i dialogen med brukere, fordi at en kan fremmedgjøre brukerne fra sine egne erfaringer dersom en benytter mye fagspråk. Dette fant jeg også igjen blant mine informanter, som fortalte at de opplevde det viktig og meningsfullt at de kunne stille på lik linje som brukeren og nettverket, men samtidig ha en tyngde i fagkunnskapen de hadde med seg «i ryggsekken».

Helsepersonell rapporterer om vanskeligheter med rolleavklaringsprosessen, hvor de erfarte at mennesker fra andre profesjoner møtte dem med en stereotypisk holdning til helsepersonellens profesjonsrolle (Holmesland et al., 2010, p. 9).

Jacobsen og Karlsson (2019) fant også i sin studie at behandlerne opplevde de ble en mer likeverdig part i nettverksmøtene når de ga slipp på kontroll, og bevegde seg bort fra den mer

tradisjonelle måten å forholde seg til pasienter på (p. 69). En av informantene i min studie beskrev hvordan det var nødvendig at helsepersonell turte å gi slipp på tanken om at det er en selv som er ekspert, og mente at dette var vanskelig for enkelte. Det tyder på at dette er noe som fremdeles må jobbes med, og kanskje må det sees i sammenheng med hvordan tjenestene har vært lagt opp til nå, holdninger blant ulike profesjoner og hvordan grunnutdanningene innen helseyrker legges opp. I Jacobsen og Karlssons studie ytret informantene ønske om erfarne og trygge møteledere. Det kom frem at behandlerne ble usikre hvis møtelederne ikke var erfarne eller trygge, eller var vare i møtene (Jacobsen & Karlsson, 2019, p. 64). Et av funnene i min studie var at det for noen kunne være vanskelig å tørre å gi slipp på den profesjonelle rollen, fordi en kunne bli usikker på rollen sin. Informantene mente at det var nyttig med kursing eller utdanning innen dialogiske praksiser, og en av informantene hadde god erfaring med å øve på reflekterende team i kollegasammenheng.

I Jacobsen og Karlssons (2019) studie fant de at usikkerheten til behandlerne ikke nødvendigvis handlet om møtelederne, men om hvordan nettverksmøter hadde en uvant struktur og et ukjent innhold (p. 65). Informantene opplevde en større frihet i nettverksmøtene, og som deltaker hadde de nå større muligheter til å fokusere på relasjonene og innholdet i møtene. De erfarte at de ved å være deltakere i slike møter ikke lengre trengte å forsvare systemet de jobbet under eller behandlingen (Jacobsen & Karlsson, 2019, p. 65). Seikkula og Arnkil (2021) erfarer at når grensene krysses slik de gjør i åpne samtaler i nettverk, grensene mellom profesjonelle og private nettverksmedlemmer, så vil det oppstå en ny type ekspertise, som vil kunne være med på å gi unike syn og innsikter i problemene (p. 96).

I studien til Jacobsen og Karlsson (2019) trakk informantene frem at nettverksmøter kunne være krevende, men at de som deltok i møtene lærte å tåle affektene og å snakke sammen uten å måtte avslutte møtene (p. 63). Dette var noe jeg også fant igjen i min studie, hvor en av informantene fortalte at de i de fleste tilfellene opplevde at nettverket kunne tåle å være ærlige med hverandre med rammene som et nettverksmøte gir. Flere av informantene snakket om at en som helsepersonell må være modig i slike møter. Det krevde at en klarte å legge det profesjonelle litt i baksetet, «sitte på hendene», og være personlig – samtidig som en forholder seg profesjonell. Dette er noe som ser ut til å kreve øvelse, og er noe som burde sees på videre for at dialogiske praksiser skal kunne bli en metode som blir brukt, og ikke styrt unna på grunn av usikkerhet hos helsepersonell.

Jacobsen og Karlsson fant i sin studie ingen sammenheng mellom alvorlighetsgraden av pasientens symptomer og nyttigheten av nettverksmøtene. De erfarte at graden av psykose ikke var avgjørende for det relasjonelle og dialogiske samarbeidet i nettverksmøtene (Jacobsen & Karlsson, 2019, p. 67). De fant også at nettverksmøtene gjorde at et nettverk som hadde kommunikasjonsproblemer, nå kunne finne løsninger fordi de klarte å snakke sammen igjen (Jacobsen & Karlsson, 2019, p. 68). Informantene mine opplevde også at det hjalp å koble på nettverket for sine brukere, at brukerne fikk oppdage at de hadde flere rundt seg som virkelig ønsket å hjelpe. Informantene beskriver slike opplevelser som sterkt, og at det beveger dem som personer. En av informantene var opptatt av at en måtte tilpasse nettverksmøtene til den personen som eide møtet, og dette kan sees som en parallell til studien til Jacobsen og Karlsson. Det var i min studie ingenting som tydet på at det var sykdom eller lidelse som gjorde at en vurderte at nettverksmøter ikke var aktuelt, men heller at brukerne selv ikke ønsket det. Flere av informantene mine ville da spørre sine brukere om hva som var årsaken til at de ikke ønsket møter, eller spurte brukeren i møtet om hva de trodde en i nettverket deres ville sagt til det de nå hadde pratet om.

## 7.0 KONKLUSJON

Målet med studien var å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell i kommunal psykisk helsetjeneste hadde med dialogiske praksiser sammenlignet med praksis basert på den medisinske modellen. De jeg snakket med hadde alle lang erfaring med dialogiske praksiser, både åpne samtaler i nettverk og reflekterende prosesser. Min studie viser at helsepersonell i kommunal psykisk helsetjenester anser dialogiske praksiser som nyttig i deres arbeid. Flere utfører Seikkulas åpne samtaler med T. Andersens teori om reflekterende prosesser i møtene. Selv om de ikke utfører nettverkssamtalene eller reflekterende team helt «etter boka», så opplever informantene at det er en praksis som gir mening både for dem selv og for brukere og deres nettverk. Flere av mine funn samsvarer med funn gjort i tidligere masteroppgaver som omhandler noenlunde samme tema.

I min studie kommer det frem at de opplever noen hindringer for å kunne utføre dialogiske praksiser slik de ønsker, deriblant manglende lederstøtte, manglende forankring av metoden i tjenesten, manglende tid. Noen opplevde derimot at de hadde støtte fra ledere til at det var nyttig å drive med dialogiske praksiser, og dette mente de var essensielt for at en skal lykkes med at dialogiske praksiser brukes mer systematisk.

Selv om det finnes noe forskning på hvordan dialogiske praksiser benyttes i kommunal psykisk helsetjeneste sett fra helsepersonells perspektiv, så er flere av disse gjort på 2010-tallet. Det burde derfor forskes mer på nå, sett i lys av nye føringer fra regjering og helsemyndigheter (Meld.St. 23 (2022-2023); NOU 2023: 4, 2023).

Noe jeg opplevde som interessant i forbindelse med rekruttering av informanter, var at noen jeg henvendte meg til ble overrasket over at dette var noe jeg ønsket å undersøke, da de mente dette var en utdatert metode. På den andre siden fikk jeg responser på at dette var et viktig tema å forske på. Det ville vært interessant å undersøke hva som gjør at enkelte mener at dialogiske praksiser er en utdatert praksis. Studien fra Pocobello et al. (2023) peker på at åpen dialog er en metode som det er fokus på internasjonalt og som er på vei fremover.

Jeg mener det vil være nødvendig og interessant å forske videre på hva helsepersonell i kommunal psykisk helsetjeneste mener trengs for at de skal kunne bruke dialogiske praksiser



mer systematisk i sin hverdag. En annen ting en burde forske mer på, er hvordan brukere opplever bruken av dialogiske praksiser i kommunal psykisk helsetjeneste.

Studien har ingen umiddelbare konsekvenser, men har belyst at helsepersonell i kommunehelsetjenesten i dag er positive til bruken av dialogiske praksiser og ønsker at det skal implementeres mer i tjenesten. De er tydelige på at for å få dette til, må det en endring til fra tjenestene og lederne i forhold til forankring av dialogiske praksiser.

Studien belyser også at helsepersonell har positive erfaringer rundt bruken av dialogiske praksiser, både når det gjelder kommunikasjon med bruker, mer innsikt i hele mennesket (også pårørende) og mer mulighet for hjelp og forståelse i brukerens nettverk.

## LITTERATUR

- Aadland, E. (2013). *Og eg ser på deg* (3 ed.). Universitetsforlaget.
- Aarre, T. F. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Universitetsforlaget.
- Andersen, A. J. W. (2018). *Psykisk helsearbeid - en gang til*. Gyldendal Akademisk.
- Andersen, T. (2015). *Reflekterende processer. Samtaler og samtaler om samtalerne*. Dansk psykologisk forlag.
- Andersen, T. (2021). *Vandringer og veiskiller. En bok om berøring og deltakelse i psykiatri og annet fredsarbeid* (M. Hald, B. Karlsson, & R. Sundet, Eds.). Fagbokforlaget.
- Årseth, A. L., & Johannessen, B. (2013). Opplevelsen av å få og leve med en psykiatrisk diagnose. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(1), 25-35.
- Bakkan Nielsen, B. (2011). *Fagfolks erfaring og opplevelser med nettverksmøter med åpne samtaler* [Universitetet i Agder]. <https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/bitstream/handle/11250/138812/Masteroppgave%20Nielsen%20Bodil%20Bakkan.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., Tolvanen, A., & Aaltonen, J. (2018). The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode T psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research*, 270, 168-175. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178117323338?via%3Dihub>
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid. Å skape rom for hverandre* (3 ed.). Universitetsforlaget.
- 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. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589-597.
- Braun, V., Clarke, V., & Weate, P. (2016). Using thematic analysis in sport and exercise research. . In B. Smith & A. C. Sparkes (Eds.), *Routledge handbook of qualitative research in sport and exercise*. (pp. 191-205). Routledge. <https://uwe-repository.worktribe.com/output/3123247/using-thematic-analysis-in-sport-and-exercise-research>
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 ed.). Gyldendal Akademisk.

- Craig, R. T. (1999). Communication theory as a field. . *Communication theory*, 9(2), 119-161.  
<https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.1999.tb00355.x>
- Fakultetet for helse - og idrettsvitenskap. (2024, 28. februar). *Dialogiske praksiser*. Retrieved 28.02.2024 from <https://www.uia.no/forskning/helse-og-idrettsvitenskap/dialogiske-praksiser#:~:text=Dialogiske%20praksiser%20refererer%20til%20profesjonell,mello m%20individer%20i%20et%20fellesskap.>
- Farshbaf, M. (2022, 22.02.23). *Terapi for diagnoser?* Magasinet psykisk helse. Retrieved 12.03.24 from <https://psykiskhelse.no/magasinet/terapi-for-diagnoser/>
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse - å forstå, beskrive og behandle* (3 ed.). Gyldendal akademisk.
- Helsedirektoratet. (2018a). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020. (IS-2734)*. Retrieved 07.mars 2024 from [https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/dokumenter-pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus/Pakkeforlop%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf/\\_attachment/inline/8b6fb586-8e1c-423a-a054-376abee6827e:cd98f32681d7c5c52fad3a578d709ffcdbe744a2/Pakkeforlop%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/dokumenter-pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus/Pakkeforlop%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf/_attachment/inline/8b6fb586-8e1c-423a-a054-376abee6827e:cd98f32681d7c5c52fad3a578d709ffcdbe744a2/Pakkeforlop%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf)
- Helsedirektoratet. (2018b, 30.09.22). *Nasjonalt pasientforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne [nettdokument]*. Retrieved 23.04.24 from <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-voksne>
- Lov om helsepersonell (1997). [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_1#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1)
- Hem, E. (2013). Pasient, klient, bruker eller kunde? *Tidsskrift for den norske legeforening*, 133(8), 821. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0527>
- Hofmann, B. (2024, 21.01.2024). *Diagnosegaloppen*. NRK. Retrieved 12.03.2024 from <https://www.nrk.no/ytring/diagnosegaloppen-1.16706696>
- Holmesland, A.-L., Seikkula, J., Nilsen, Ø., Hopfenbeck, M., & Arnkil, T. E. (2010). Open Dialogues in social networks: professional identity and transdisciplinary collaboration. *International Journal of Integrated Care*, 10, 1-14.  
<https://storage.googleapis.com/jnl-up-j-ijic-files/journals/1/articles/564/submission/proof/564-1-1450-4-10-20100916.pdf>

- Ingarden, R. (1970). *Innføring i Edmund Husserls fenomenologi. 10 Oslo-forelesninger 1967*. Johan Grundt Tanum Forlag. [https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2016012106068](https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2016012106068)
- Jacobsen, D. I. (2013). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse - og sosialfagene* (2 ed.). Høyskoleforlaget.
- Jacobsen, R. K., & Karlsson, B. E. (2019). Åpen dialog blant lukkede dører. Behandlers erfaring med Åpen Dialog i nettverskmøter ved en lukket psykiatrisk avdeling. *Fokus på familien*, 47(1), 57-73. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2019-01-05>
- Jensen, P., & Ulleberg, I. (2019). *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis* (2 ed.). Gyldendal akademisk.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2023). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6 ed.). Abstrakt forlag.
- Kolberg, C. (2009). Hvordan kan vi unngå at psykisk helsevern skader med enn det hjelper? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6(4), 301-309. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2009-04->
- Kragstadmoen, I. B. (2011). *Hva opplever og erfarer terapeuter som sentrale faktorer i nettverksmøtet?* Universitetet i Agder]. <https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/bitstream/handle/11250/138808/Masteroppgave%20Kragstadmoen%20Ingunn.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Madsen, O. J. (2017). Diagnosenes makt over sinnene: refleksjoner om diagnoser og diagnosekritikkens mangler. *14*(1), 25-42.
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 ed.). Universitetsforlaget.
- Meld.St. 23 (2022-2023). *Opptrappingsplan for psykisk helse*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/0fb8e2f8f1ff4d40a522e3775a8b22bc/no/pdfs/stm202220230023000dddpdfs.pdf>
- Meld.St. 34 (2015-2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering*.
- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fe958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>
- Lov om pasient - og brukerrettigheter, (1999). [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_1)

- Pocobello, R., Camilli, F., Alvarez-Monjaras, M., Bergström, T., von Peter, S., Hopfenbeck, M., Aderhold, V., Pilling, S., Seikkula, J., & 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*(1241936), 1-16.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1241936>
- Rådet for sykepleieetikk. (2023, 31.05). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.  
[https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-06/ny\\_sykepleieren\\_og\\_mennesker\\_som\\_trenger\\_sykepleie.pdf](https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-06/ny_sykepleieren_og_mennesker_som_trenger_sykepleie.pdf)
- Roald, H., & Ekre Engh, E. (2014). Kan man anke en diagnose? *Tidsskrift for Norsk psykologiforening, 51*(7), 590-591. <https://psykologtidsskriftet.no/leserne-spor/2014/07/kan-man-anke-en-diagnose>
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2013). *Nettverksdialoger*. Universitetsforlaget.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2021). *Åpen dialog i relasjonell praksis. Respekt for annerledeshet i øyeblikket*. Gyldendal Akademisk.
- Sidis, A. E., Moore, A. R., Pickard, J., & Deane, F. P. (2022). “Always opening and never closing”: How dialogical therapists understand and create reflective conversations in network meetings. *Frontiers in Psychology, 13*(992785), 1-12.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.992785>
- Sintef. (2024). *Hva synes pasientene om den polikliniske behandlingen i psykisk helsevern og rusbehandling? Nasjonal bruker- og pasientundersøkelse blant voksne 2023* (2024:00263).  
[https://www.sintef.no/contentassets/41f47b3ac4944c7e8796b3582c469b57/endelig-rapport-bruker-og-pasientundersokelse2023\\_revidert-part-1---signed.pdf](https://www.sintef.no/contentassets/41f47b3ac4944c7e8796b3582c469b57/endelig-rapport-bruker-og-pasientundersokelse2023_revidert-part-1---signed.pdf)
- St.meld 25 (1996-1997). *Åpenhet og helthet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Retrieved from  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf>
- St.meld. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Retrieved from

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

St.prp. nr. 63 (1997-98). *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1>

Tangvald-Pedersen, O., & Bongaardt, R. (2011). Tid og tilhørighet:

Opplevelsen av god psykisk helse

og dens implikasjoner for godt psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(2), 100-108. <https://www.idunn.no/doi/epdf/10.18261/ISSN1504-3010-2011-02-02>

Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Gyldendal Akademisk.

World Health Organization. (2022, 17.06.2022). *Mental health*. Retrieved 12.02.2024 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

# VEDLEGG I

## Vil du delta i forskningsprosjektet «Dialogiske praksiser – å se den andre»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å bidra til mer kunnskap om bruken av dialogiske tilnærminger, som reflekterende team og åpne samtaler. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### Formål

Formålet med studien er at den skal kunne være med på å bidra til mer kunnskap om bruken av dialogiske tilnærminger i kommunehelsetjenesten, som reflekterende team og åpne samtaler for å kunne utvikle psykiske helsetjenester i kommunene.

Problemstillingen for studien er: «Hvilke erfaringer har helsepersonell i kommunal psykisk helsetjeneste med bruk av reflekterende team/åpne samtaler, og hvordan oppleves reflekterende team/åpne samtaler i forhold til praksis basert på den medisinske modellen?» Denne studien er en masteroppgave innen psykososial helse ved Universitetet i Agder.

### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Prosjektansvarlig er professor Tore Dag Bøe ved Universitetet i Agder, som også er min veileder.

### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir spurt om å være med i denne studien fordi du har erfaring i å bruke arbeidsformen åpne samtaler eller reflekterende prosesser i ditt kommunale psykisk helsearbeid.

Det er ønskelig at du har minst et par års erfaring innen psykisk helsetjeneste i kommunen, og gjerne videreutdanning innen psykisk helsearbeid, familierapi og/eller annen opplæring i åpne samtaler eller reflekterende team. Derfor er det ønskelig at du er over 25 år, slik at du har hatt tid til å tilegne deg kunnskap og erfaring innen temaet til studien.

### Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du sier ja til å delta i studien vil jeg gjennomføre et intervju med deg, på et sted som vi avtaler sammen. Intervjuet vil sannsynligvis vare omtrent en time. Intervjuet vil handle om din subjektive, personlige opplevelse og din erfaring med reflekterende team og åpne samtaler. Du vil også bli spurt om dine tanker og personlige meninger om dette. Intervjuet vil bli tatt opp med lydopptakutstyr, som senere vil bli transkribert.

### Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket og i tråd med UiA sine rutiner for lagring av personopplysninger.

De som vil ha tilgang til opplysningene vil kun være masterstudent Camilla Njerne Strandnæs og professor og veileder Tore Dag Bøe ved Universitetet i Agder.

Intervjuet vil bli tatt opp via et godkjent lydopptakutstyr i tråd med retningslinjene til UiA. Svarene du gir vil transkriberes senere til en tekst.

Både transkriberte intervjuer og lydfiler vil være oppbevart på en minnepinne som skal være innelåst når den ikke er i bruk, og skal kun benyttes på PC som er passordbeskyttet. Navneliste vil bli holdt adskilt fra lydfiler og intervjuer.

Du som deltaker vil ikke kunne gjenkjennes ved publikasjon av studien eller annen formidling av resultatene.

#### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes i slutten av juni 2026. Etter prosjektets slutt vil lydopptakene og navnelisten slettes. Det skriftlige materialet vil anonymiseres. Anonymiserte transkripsjoner vil ikke bli slettet, men vil kunne gjenbrukes til for eksempel forskning.

I publikasjoner eller annen formidling av studiens resultater vil det ikke være mulig å gjenkjenne deg som informant. Anonymiserte opplysninger vil ikke slettes, men kunne gjenbrukes til forskning.

#### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Agder har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

#### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Agder
  - Camilla Njerve Strandnæs, masterstudent  
Email: [camins13@uia.no](mailto:camins13@uia.no)  
Telefon: 478 64 639
  - Tore Dag Bøe, professor og veileder  
Email: [tore.d.boe@uia.no](mailto:tore.d.boe@uia.no)  
Telefon: 412 36 110
- Vårt personvernombud: Trond Hauso  
Email: [trond.hauso@uia.no](mailto:trond.hauso@uia.no)  
Telefon: 936 01 625

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: [personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no) eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Masterstudent  
Camilla Njerve Strandnæs

Prosjektansvarlig  
Tore Dag Bøe, professor og veileder



### SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Dialogiske praksiser – å se den andre», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

-----  
Dato, navn

# VEDLEGG II

## INTERVJUGUIDE

*Problemstilling: Hvilke erfaringer har helsepersonell i kommunal psykisk helsetjeneste med bruk av reflekterende team/åpne samtaler, og hvordan oppleves reflekterende team/åpne samtaler i forhold til praksis basert på den medisinske modellen?*

### Innledning:

- Hva er din yrkesbakgrunn?
  - o Utdanning?
  - o Kurs/kompetanse i forhold til åpne samtaler/reflekterende team?
  - o Tidligere arbeidserfaring?
- Hvordan jobber du nå?
  - o Hvilken stilling?
  - o Arbeidssted?
  - o Annet relevant?

### Hoveddel:

- Kan du fortelle om din erfaring med reflekterende team/åpne samtaler?
  - o Hvordan gjennomføres reflekterende team/åpne samtaler på ditt arbeidssted?
  - o Hvordan går dere frem når det gjelder å bruke dette sammen med brukerne?
  - o Hvordan er din personlige opplevelse av reflekterende team/åpne samtaler?
  - o Hvordan synes du at tjenestene forholder seg til reflekterende team/åpne samtaler?
- Kan du fortelle om din erfaring med den medisinske modellen?
  - o I hvilken grad benyttes den medisinske modellen på ditt arbeidssted?
  - o Hvordan opplever du at brukerne forholder seg til diagnoser?
  - o Hvordan forholder ansatte seg til diagnoser?
  - o Hvordan opplever du at tjenestene forholder seg til den medisinske modellen?
  - o Hvordan er din personlige opplevelse av den medisinske modellen?
- Kan du gi eksempler på hva du har opplevd som har fungert særlig godt?
- Hva opplever du er forskjellen på reflekterende team/åpne samtaler og den medisinske modellen?

Avslutning:

- Er det noe annet du ønsker å tilføye?

# VEDLEGG III

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

27/04/2024, 16:06



## Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**

585397

**Vurderingstype**

Automatisk

**Dato**

15.11.2023

**Tittel**

Dialogiske praksiser - å se den andre

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for psykososial helse

**Prosjektansvarlig**

Tore Dag Bøe

**Student**

Camilla Njerve Strandhæs

**Prosjektperiode**

19.11.2023 - 30.06.2026

**Kategorier personopplysninger**

Alminnelige

**Lovlig grunnlag**

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.06.2026.

[Meldeskjema](#)

**Grunnlag for automatisk vurdering**

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
  - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
  - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
  - Fagforeningsmedlemskap
  - Genetiske data
  - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
  - Helseopplysninger
  - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertridelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

**Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde**

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger

<https://meldeskjema.sikt.no/6530e7a3-3ccf-4d12-b2ef-b75fa465db98/vurdering>

Page 1 of 2

- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

#### **Informasjonssikkerhet**

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.

## VEDLEGG IV



Camilla Njerne  
Strandnæs

Time of approval: : 27/11/2023

**Application for ethical approval of research projects - Dialogiske praksiser - å se den andre - RITM0245473**

We are glad to inform that your application has been reviewed and approved.

Comments from approver:

Regards  
Committee for Research Ethics  
Faculty of Health and Sport Sciences  
University of Agder

UNIVERSITETET I AGDER  
POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND  
TELEFON 38 14 10 00