

Katia Dupret Søndergaard

# Bevægelige styringsteknologier og deres effekter for professionelle subjektiveringsmuligheder

## Abstract

Artiklen viser, gennem introduktionen af begrebet "teknologi som kontinuum" og analytiske eksempler, hvordan man kan forstå tilblivelsesprocesser for en ny behandlingspraksis i voksenpsykiatrien (Åben Dialog) og dennes effekt på de professionelle subjektiveringsmuligheder. "Teknologi som kontinuum" defineres her som et begreb, der rummer: 1. at man ikke ved på forhånd, hvordan en teknologi samles og skabes lokalt, og hvordan den forbinder sig til de sociale og materielle omgivelser. Derfor bliver man nødt til at undersøge den empirisk for at kende dens styringseffekter 2. Den manifesterer sig på mangfoldige måder, både stabile måder, og måder som er 'på vej' 3. Den er usikker og ustabil. Effekterne for de professionelle subjektiveringsmuligheder er: 1. et indre forhold for den enkelte, som går forud for standardiseringsværktøjer og klinisk evidens 2. en oppositionsposition og modstandsstrategi til at legitimere den nye praksis med. 3. Et orienteringsredskab til at navigere mellem ny og gammel praksis med. Overordnet er argumentet, at forandringer i praksis hverken kan forudbestemmes eller isoleres fra omgivelserne, og forandringerne vil altid have empirisk funderet effekter på de professionelle subjektiveringsmuligheder.

Nøgleord: organisatoriske forandringsprocesser, teknologi som kontinuum, åben dialog, STS, standardiseringsværktøjer, diagnosesystem, voksenpsykiatrisk team

Denne artikel handler om at begribe forandringsprocesser og om hvilke konsekvenser, mødet mellem forskellige styringsteknologier har for de mennesker, som er en del af forandringsprocesserne. Som illustrativt eksempel er taget udsnit af et forløb i et voksenpsykiatrisk team på Sydsjælland, hvor en ny behandlingstilgang, Åben Dialog, er blevet introduceret<sup>1</sup>. Det teoretiske og analytiske udgangspunkt er, at den forandringsproces, som Åben Dialog initierer, ikke kan forstås som et kausalt eller stringent forhold, men at man får brug for en kompleksitets- og bevægelsessensitiv tilgang (Law 2004; Søndergaard 2005), fordi den tilblivelsesproces, der karakteriserer Åben Dialog, skabes gennem mange modsætningsfyldte møder mellem det nye redskab, Åben Dialog, og situationer fra den eksisterende praksis. Ambitionen er at illustrere den bevægelighed,

1 En beskrivelse af det psykiatriske team i undersøgelsen er udeladt her af pladshensyn, men vil være at finde i min Phd "Innovating mental health care". Projektet er et samarbejde mellem det daværende Storstrøms Amt og Danmarks Pædagogiske Universitetsskole.

en sådan forandringsproces bidrager med og undersøge på hvilke måder, Åben Dialog bliver til som en ny styringsteknologi. Det vil sige som en teknologi, som handler på andres handling<sup>2</sup> med specifikke konsekvenser for de måder, man kan blive til som professionel på.

For analytisk at kunne indfange kompleksitet kan man finde inspiration hos forskere, som kreativt kobler poststrukturalisme, socialkonstruktionisme og Science & Technology Studies (STS). Flere initiativer fra forskellige forskningstraditioner berører denne teoretiske og analytiske udfordring med forskellige vægtninger: Bl.a. har Adrian (2006), Cusins (1998), Højgaard & Søndergaard (2006), Langstrup (2003), Mol (2002), Law og Moser (1999/2003), Staunæs (2003), Svenningsen (2003) og Sørensen (2005) arbejdet med behovet for at samtænke komplekse og konkrete konstitueringspraksisser ved at koble en STS tilgang og et fokus på subjektiveringsprocesser. Artiklen lægger op til at vise mulighederne ved et koblingsperspektiv.<sup>3</sup>

Men lad os først se på, hvad termen Åben Dialog kan dække over, og hvordan denne behandlingstilgang overhovedet kan være mulig at diskutere og få øje på i psykiatrien.

### Åben Dialogs rejse ind i den psykiatriske organisation

Åben Dialog-tilgangen er udviklet i midt-80'erne i de rurale områder i finsk Lapland med pionererne psykiater og professor Tom Andersen og psykolog og professor Jaakko Seikkula. Tilgangens rejse ind i den psykiatri-

ske organisation er i sig selv en kompleksitets-sensitiv analyse værd. En vifte af aktører har haft indflydelse på tilgangens ankomst. Meget forsimplet kan fremhæves den menneskelige introduktion af Åben Dialog i amtet på tre fronter. 1. Personalet er inspireret og motiveret lokalt, hvor særligt to personalemedlemmer i casens team fremhæves af kolleger og ledelse som bærere og inspirationskilde til at bringe Åben Dialog ind. 2. Ledelsen blev opfordret politisk og gennem pårørende- og sindslidendeorganisationer til at indføre tilgangen i behandlingstilbudene i regionen. 3. En studietur til Lapland, en offentlig diskussion af det nationale værdigrundlag og litteratur om Åben Dialog skabte grundlaget for, at forfatteren til denne artikel formulerede et projektforslag som inddrog tilgangen. Åben Dialog er således blevet muligt at tale om i den psykiatriske organisation både pga. pionerarbejde, ledelsesinteresse og offentlige initiativer. Det er umuligt at sige, hvem der startede først, eller hvad der har inspireret hvem. Og der er sikkert flere ting end de nævnte, som har muliggjort, at Åben Dialog kom på dagsordenen. Pointen her er blot at understrege, at forandring ikke kun skyldes én kilde, men mange, som ofte er flettet ind i hinanden. Derudover har hver af disse deres bud på, hvordan Åben Dialog skal opfattes, og de har hver deres måde at bruge og 'gøre' Åben Dialog på. Det illustrerer også det teoretiske og analytiske udgangspunkt i artiklen, hvor valget som sagt fremhæver kompleksitet og bevægelse ved forandringsprocesser. Åben Dialog-tilgangen er således ikke entydig.

Bevægelse og kompleksitet er også udtryk for, at Åben Dialogs tilblivelsesproces i det lokale psykiatriske team ikke er noget, der følger litteraturen om Åben Dialog slavisk. Åben Dialogs tilblivelsesproces involverer og afhænger af dens forskellige aktører, f.eks. casens personale, arbejdsrutiner, dokumentationskrav fra regeringen, konferencerum, mødestruktur mm. (jf. Casper Bruun Jensens studie af introduktionen af den elektroniske

2 Der lægges her op til at forstå styringsteknologi ikke som genstand, hvor styringsretning på forhånd er sat (f.eks. Andersen og Thyngsen 2004), og ej heller som en tilbagevendende styring, der konstitueres rent diskursivt, hvor fokus rettes mod sproglig forhandling i gensidige og komplekse sammenhænge (f.eks. Søndergaard 2005). Styringsteknologi vil i teori-afsnittet blive udfoldet til at kunne være begge dele.

3 Koblingen mellem de to traditioner fremstår tydeligst i teori-afsnittet. I analyserne refererer jeg dog primært til ANT litteratur.

patientjournal (EPJ) i sundhedsvæsenet, 2005). Det særlige ved tilblivelsen af Åben Dialog i denne sammenhæng er, at de teknikker og metoder, man måtte synes udgør den "rigtige" eller "oprindelige" definition, bliver oversat og forankret lokalt i det voksenspsykiatriske team, hvis dagligdag artiklens analyseeksempler trækker på. Det er således ikke muligt at tale om, at vi kan finde frem til et rationale eller et predefineret mål med tilgangen, når vi vil forstå dens lokale tilblivelsesproces. Med en STS tilgang kan man ikke forudsætte a priori forhold mellem det, jeg kalder "grundbogen" om Åben Dialog og den lokale tilblivelse af Åben Dialog (Latour 2005). Forholdet mellem litteraturen om Åben Dialog (f.eks. Seikkula, 2000) og den lokale tilblivelse kan man kun identificere efter en situeret analyse.

Man kan sige, at den videnskabsteoretiske inspirationskilde giver mig et greb til at vende tilgangen til felten på hovedet i den forstand, at det ikke er grundbogsprincipperne *i sig selv*, der definerer, hvordan Åben Dialog er en styringsteknologi, og dermed bliver retningsgivende for handlen, men omvendt, den *lokale oversættelse*<sup>4</sup> af Åben Dialog, som bliver retningsgivende for handlen. Med en sådan tilgang sætter man spørgsmålet om styringsforhold på stand by, fordi man så at sige bliver nødt til at vente med at udsige noget om, hvad der er styrende for handlen til, efter man har været ude at undersøge det. Derfor skal sandhed i dette perspektiv forstås meget lokalt. Så hvad er Åben Dialog? Og hvad er Åben Dialog som (styrings)-teknologi?

### **Teoretiske og analytiske forståelser af teknologi**

For at kunne begribe de forandringsprocesser, som Åben Dialog igangsætter og selv udsættes

4 Med oversættelse menes der her ikke kun sproglig oversættelse eller introduktion til Åben Dialog principper, som de læses i litteraturen, men en lokal tilblivelsesproces, hvor det der genkendes som Åben Dialog er situeret i den daglige praksis.

for, vil jeg introducere et begreb om teknologien som et kontinuum. Indledende vil jeg med inspiration fra forskere, som betragter teknologi som en social konstruktion (f.eks. Pinch & Bijker, 1984), definere teknologi som *systematisk tilbagevendende samlinger af heterogene komponenter*<sup>5</sup>, der handler på andres handlen og kan have status fra proces til objekt. Denne forestilling om teknologi adskiller sig i høj grad fra almenforståelsen af teknologi som maskiner med en masse røg og damp. Opfattelsen af teknologi som et kontinuum gør det muligt dels ikke at have a priori opfattelser af teknologiens styringspotentiale, dels at analysere hvilke betydninger, det har for forståelsen af professionelle tilblivelser, som noget der er lokalt defineret.

Teknologi som kontinuum indbefatter tre komponenter:

For det første er teknologi en samling af komponenter, som ikke er adskilt fra samfund og sociale relationer. Teknologi har sociale og materielle effekter. Her tænkes teknologikontinuum som en model, hvor den empiriske situation kontinuerligt skaber teknologiens art og status. Et eksempel herpå er Åben Dialogs lokale utydelighed. Som nævnt under introduktion af Åben Dialog kan man ikke lave en direkte oversættelse af litteraturens principper om Åben Dialog og konstitueringen af Åben Dialog lokalt. At betragte Åben Dialog som situeret gør, at man kan indfange dens status af at "være på vej". Åben Dialogs bevægelige status skaber gnidninger, forhandlinger og kampe med omkringværende heterogene komponenter.

For det andet åbner denne teknologiforstå-

5 Anvendelsen af termen "komponent" er bevidst valgt for at understrege en del af et større hele. Denne term har til hensigt at konnotere både materielle og diskursive, såvel som humane og nonhumane elementer. Man kunne foranlediges til at tænke, at en komponent let lader sig skifte ud. Det er dog ikke en konnotation, der skal indtages her.

else op for at indfange multiplicitet omkring Åben Dialogs tilblivelse. Multiplicitet er et udtryk for, at et objekt, praksis eller teknologi skabes på mangfoldige måder i forskellige praksisser (Mol 2002). Multipel er ikke udtryk for flere forskellige versioner af en objektiv eller naturgiven virkelighed, men derimod, at virkeligheden i sig selv ikke ligger passivt hen og venter på at blive beskuet. Den bliver konstant udført gennem både mennesker og materialiteter lokalt (Søndergaard 2010). Det betyder, at også ting og teknologier medkonstituerer og handler. Med afsæt i en materiel semiotisk tradition, men også med afsæt i en poststrukturalistisk tradition foreslås teknologi som medierende og styrende for handling (f.eks. Latour 1993; Foucault 1997).

En styringsteknologi er en systematiseret og gentaget handlen på andres handlen (Foucault 1982). (Derfor er teknologi og styringsteknologi det samme i denne tekst). Det betyder, at teknologi transporterer og overfører handlemåder for mennesker og ting.<sup>6</sup> Teknologi er styrende i den forstand, at inden for en særlig sammenhæng eller praksis er bestemte aktiviteter og handlemåder gyldige eller rigtige. Gyldigheden skal dog ikke forstås deterministisk. Den viser ikke hen til en person, som har siddet og udtænkt et antal mulige handle-scenarier, hvorefter intet andet bliver muligt. Denne tilgang implicerer med andre ord ikke a priori forestillinger om, hvordan Åben Dialog eller evidensbaserede standarder bliver

6 Der eksisterer en del forskning som er inspireret af både Latour og Foucault og deres teknologiforståelse som systematisk styring på andres handlen. Nuancerne i denne forskning kan bl.a. søges i deres fagtraditionelle baggrund men også ift., hvordan de analyserer samspillet mellem materialitet og det humane (det aktør-netværksteoretiske princip om "generaliseret symmetri"). Latour-inspirerede forskere fra det psykologiske felt, som er den tradition jeg selv læner mig op ad, møder selvsagt en udfordring i at tage princippet om generaliseret symmetri alvorligt, fordi mennesket som udgangspunkt i det psykologiske felt tildeles en privilegeret position (se eksempelvis Adrian 2006; Sørensen 2005; Cussins 1998).

styrende hverken for konstitueringen af en ny praksis eller for personalets handlen. Med STS-briller er det i den forstand en udfordring at dechifrere, hvornår noget kan klassificeres som en veletableret black box<sup>7</sup>-teknologi eller teknologi i proces. Nogle gange er den på vej og i proces, andre gange er den noget, man tager for givet, en black box. På grund af teknologiens foranderlige status, er den sorte boks altid kun mulig at åbne empirisk (Latour, 1999). Analysen af teknologier handler netop om at få øje på den sorte boks og åbne den for at gøre dens indhold og sammensætning synlig.<sup>8</sup>

For det tredje medfører teknologi som kontinuum, at *praksisser er usikre og ustabile*, alt efter hvilke situationer den indgår i, og dermed også, at objektiviteter og subjektiviteter ikke kan fikseres (Latours 1993a). Det nødvendiggør et bredt handlebegreb, som dels kan rumme fleksibiliteten og dels kan rumme samspillet

7 Termen "black box" har sine rødder i studiet af videnskabelige fakta. I et etnografisk studie på et videnskabeligt laboratorium bruger Latour termen som synonym for en videnskabelig opdagelse, som bliver taget for givet, som om den var blevet adskilt fra sin oprindelige sammensætning og sammenhæng. Under sine observationer opdagede han, at videnskabelig praksis udvikler sig gennem faser af usikkerhed, tøven, fejlen og uenighed, men at den senere opstår som sikker, uimodsigelig og lukket for eksempel i videnskabelige artikler. Alt arbejdet bag den videnskabelige opdagelse forsvinder bag fakta. Faktaene er det som fremstår som black boxen (Latour & Woolgar, 1979).

8 Casper B. Jensen (2005) kritiserer black box-begrebet. Han fremhæver, at black box som analytisk kategori kan være misvisende, hvis objektet for analyse ikke er stabilt. Anvendelsen af begrebet forudsætter et stabilt objekt. Jensens pointe er, at man som forsker i sin søgen efter objektet, kan komme til at rekonstruere det som stabilt (s.245). Jeg mener dog, det er et nyttigt greb i denne sammenhæng, i henhold til at have analytiske kategorier at sammenligne Åben Dialogs status med. Undersøgelsen af Åben Dialog handler ikke om at finde frem til dets eventuelle stabilitet, men om at finde dens tilblivelsesproces og interaktion med den omgivende psykiatriske praksis.

mellem det humane og non-humane.<sup>9</sup> De forandringer, Åben Dialog igangsætter i samspil med andre komponenter i den psykiatriske praksis, kan med dette analytiske perspektiv udfoldes til også at medtænke forhold, som opretholdes i materialiteter. Med Latours inspiration i den materielle semiotiske tradition, bliver det muligt at behandle ting som tegn (Latour 2000). Ud fra dette perspektiv får sprog og ting de samme egenskaber i den forstand, at de begge kan henvise til andre steder, tider og aktører. Både sprog og ting får et medierings- og styringspotentiale. Det centrale her i artiklen er dog ikke at pege på materialiteters rolle i sig selv, men at sandsynliggøre, at den rettedhed, der ligger i styringselementet, er uforudsigeligt inden en empirisk analyse. Det er et analytisk perspektiv, som kan medtænke en høj grad af bevægelighed i materialet, således at man kan indfange Åben Dialogs karakter af at "være på vej".

Opfattelsen af teknologi som et kontinuum gør det altså muligt at analysere forandringsprocesser på en ny måde, og kontinuumet kan anskue styringsteknologier som bevægelige og ustabile. Denne begrebsliggørelse af teknologi skaber også en nødvendighed af empirisk analyse for at forstå dens effekter blandt andet for professionelle subjektiveringsmuligheder.

### Den nye praksis: Åben Dialog

Inspireret af Latour (2005) kigger jeg på, hvad der skaber den praksis, man kan kalde Åben Dialog, og jeg får øje på, at "dialog", "refleksion" og "medmenneskelighed" er centrale komponenter i hvordan "den gode behandling" defineres lokalt. Disse termer er jo netop ikke entydige, og selv lokalt er det svært helt at

måle eller definere, hvad de er. Det medvirker til, at det bliver en udfordring både for personalet selv og for forskeren med ord at være præcise omkring, hvad det er, personalet gør. Lige netop den utydelighed viser sig at være en strategi, som kan definere Åben Dialog som en styringsteknologi, der er bevægelig og omstillingsparat. En evne, som både gør den overlevelsesdygtig men også det modsatte, nemlig usynlig med fare for at forsvinde. En pointe, vi vil vende tilbage til.

Hvis man for et øjeblik ser bort fra denne lokale utydelighed, tager Åben Dialog afsæt i socialkonstruktionistisk sprogteori og systemisk terapi (Seikkula et al., 1995; Seikkula 2000 og Seikkula et al. 2000). Dialogen, det sociale netværksperspektiv, og princippet om at udholde usikkerhed står som tre centrale elementer i Åben Dialogtilgangen og er udtryk for personalets referenceramme. Princippet om at udholde usikkerheden indebærer for eksempel, at ingen af de deltagende i et behandlingsmøde er forudindtaget om, hvad løsningen på problemet er. Dette indebærer også, at personalet forsøger at undgå at tage udgangspunkt i diagnostiske symptomer i dialogen med patienten, fordi de oplever det som reduktionistisk. Det skaber usikkerhed ikke at vide fra starten, hvad løsningen er (heraf ordvalget for princippet). I Åben Dialog i Lapland tilbyder man ikke som primært behandlingsmiddel psykofarmaka ud fra holdningen om, at det kan sløre adgangen til årsagen til krisen, som så vil være sværere at gøre forståelig og finde ord til. Og det sociale netværksperspektiv, som ikke vil blive berørt her, handler om kollektivitet. Det betyder, at man i en Åben Dialog-tilgang inddrager patienternes sociale og behandlingsfaglige netværk, som sammen udvikler et sprog og forståelse for, hvad der er problemet, og hvordan det skal løses.

En analyse af, hvad Åben Dialog er, og hvordan den kan defineres som en styringsteknologi, kunne gøres ved at tage hvert princip og undersøge i hvilken grad, det er blevet indført

9 Nymaterialistiske tilgange som STS betragter handleevne som en lokal og heterogen effekt og ikke som en egenskab. Med lokalt menes, at undersøgelsen af handleevne skal forankres i den konkrete aktivitet, man undersøger. At tænke heterogent betyder, at handleevne altid skal ses i lyset af et samspil mellem os selv og vores omgivelser, herunder ting og praksisser.

i teamet. En sådan metode er imidlertid ikke nok til at forstå, hvordan tilgangen bliver til i praksis. Man kan først forstå tilgangen, hvis man også beskriver de andre lokale aktører, som Åben Dialog indgår i relation med. Det er dog ikke artiklens ærinde at lave et så omfattende landkort af tilgangen, men som nævnt at se eksempler på, hvordan man kan forstå Åben Dialog som noget bevægeligt og i forhandling og dens effekt på personalets subjektiveringsmuligheder.

De analyseeksempler, der er taget med her, er valgt fordi, de er centrale ift. Åben Dialog principperne: "dialog", "refleksion" og "medmenneskelighed". Jeg har spurgt til, hvordan disse principper går i spænd med elementer i den eksisterende praksis for at kunne sige noget om, hvordan Åben Dialog bliver til lokalt. To centrale aktører, der kommer i spil, er det "medicinske sygdomsbillede" og "klinisk evidens" herunder standardisering, hvilket vil være omdrejningspunktet for analyseeksemplerne<sup>10</sup> i artiklen. Inden vi går i gang med, hvordan Åben Dialog møder "medicinsk sygdomsopfattelse" og "klinisk evidens" i den lokale praksis, beskrives lidt baggrund for, hvad der ligger til grund for disse termer.

### **Komponenterne i den eksisterende praksis: Klinisk evidens og medicinsk sygdomsopfattelse**

Centralt for sygehusvæsener i den vestlige verden, herunder psykiatrien, er en stigende

10 Analyseeksemplerne er fra interview med voksenpsykiatrisk personale hentet fra mit ph.d.-projekt. Projektets empiriske materiale består af observationer af personalets daglige arbejde i et udkørende team i distriktspsykiatrien. Personalet og den øverste ledelse er blevet interviewet for at belyse Åben Dialogs forløb. Personalet har selv produceret videoer af deres Åben Dialog-supervision og deres studiegruppemøder om Åben Dialog. Derudover foreligger der materialer af varierende art så som patientjournaler, patienttilfredshedsundersøgelser, sociale funktionsskalaer, mobiltelefoner og piller, som ikke indgår i analyserne i nærværende artikel. Anonymiseringen af personalet er her foretaget, så man heller ikke kan skelne professioner.

standardisering og monitorering af ydelser. I en dansk sammenhæng kan nævnes to gennemgribende initiativer, Den Danske Kvalitetsmodel, som blev indført i 2004 i et samarbejde mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen samt Det Nationale Indikator Projekt (NIP) 2000-2003<sup>11</sup>.

Kvalitetsmodellen er et nationalt program for kvalitetsvurdering, der har til formål at fremme kvaliteten af patientforløbene i sundhedsvæsenet. Det skal ske gennem måling og vurdering af kvaliteten af sundhedsydelserne. Deltagelse i den Danske Kvalitetsmodel er obligatorisk for offentlige sygehuse.<sup>12</sup> NIPs overordnede formål er bl.a. at dokumentere den sundhedsfaglige kvalitet vha. kvalitetsmål, standarder og indikatorer for de sundhedsfaglige kerneydelser ([www.nip.dk](http://www.nip.dk)). NIP har for psykiatrien kun udviklet indikatorer for skizofreni, hvor medicinering er en væsentlig komponent i etableringen af "god behandling". Flere forskere argumenterer, at det er et centralt element i omstruktureringer, at gøre det, der skal ledes, synligt, fordi synlighed tænkes at muliggøre styrbarhed og dermed en effektivisering af indsatsen (Amhøj 2007; Rankin & Campbell 2006).

Standardiseringer har fået så stor udbredelse, fordi netop denne form for organisering af viden bidrager med nye rutiner, rationaliseringsformer og sammenligningsmuligheder af f.eks. terapeutiske tilgange (Rankin & Campbell 2006). "Evidensbaseret" er en term, som er blevet fremherskende i sundhedssektoren (Juil Jensen 2004). Princippet om, at der kan føres bevis for effektiv behandling, hvilket

11 Det Nationale Indikatorprojekt blev etableret i samarbejde med alle de daværende amter, H:S, Amtsrådsforeningen, Den Almindelige Danske Lægeforening (DADL), Dansk Medicinsk Selskab (DMS), Dansk Sygeplejeråd (DSR), De faglige sammenslutninger på sygeplejeområdet, Danske Fysioterapeuter mv., Ergoterapeutforeningen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen.

12 Læs mere om modellen på [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

er det "evidens" her dækker over, er udviklet inden for klinisk medicin for at sikre, at patienter får den behandling, som har størst sandsynlighed for at være succesfuld. Inden for en klinisk medicinsk terminologi betyder evidens at identificere statistisk målbare kausaleffekter af standardiserede behandlingsmetoder. Kriterierne for succes har rødder i en medicinsk sygdomsopfattelse, der kan dateres tilbage til det 18. århundrede, hvor det blev det lægelige objektiverende blik på kroppen, der muliggjorde identificeringen af sygdomssymptomer f.eks. det diagnostiske system (Foucault 1962/2000). Udviklingen af klinisk evidens er i høj grad indspundet i den medicinske sygdomsopfattelse, hvor mennesket gøres til genstand for ydre kontrol og overvågning (Ibid.). Man kan sige, at de evidensbaserede standarder sætter rammerne for, hvordan viden inden for den kliniske praksis skal akkumuleres, mens den medicinske sygdomsopfattelse sætter præmisserne for indholdet af den viden, der kan akkumuleres. I den forstand stiller den medicinske sygdomsopfattelse modstillingen normal og unormal til rådighed for de evidensbaserede standarder. Indførelsen af idealer om evidensbaseret praksis medfører standardisering, monitorering og måling af personalets aktiviteter, af patienternes medicinforbrug, af deres sociale funktionsniveau, af indlæggelsesdage, under hvilken lovgivningsmæssig form, de er blevet indlagt (f.eks. med eller uden tvang jf. Psykiatriloven), hvilken behandling, de får og har fået m.m.

Når Åben Dialog kritiseres for ikke at være evidensbaseret (se eksempelvis debatindlæg af læger i [www.dagensmedicin.dk](http://www.dagensmedicin.dk)), er det ofte med reference til et evidensbegreb, hvor bedste evidens for god behandling er baseret på randomiserede, dobbeltblindede forsøg.<sup>13</sup> Forskningsmetoder, hvor personlig

erfaring eller ekspertvurderinger bliver brugt, har mindre værdi inden for den terminologi, fordi evidenskriteriet i klinisk medicin som sagt er at identificere statistisk målbare kausaleffekter af standardiserede behandlingsmetoder. Men den medicinske sygdomsopfattelse og kriterierne for evidens står i kontrast til mange af Åben Dialogs principper. Hermed ikke sagt, at dagens psykiatri kun er baseret på kriterier for klinisk evidens og objektiverende sygdomsopfattelse. Flere bevægelser har præget og konfronteret disse komponenter i den eksisterende praksis, så som psykodynamiske tilgange og anti-psykiatrien i 70'erne. Psykiatrien som én samlet homogen sygdomsforståelse er også en konstruktion. Målet her er at vise nogle af de sprækker og kampe mellem klinisk evidens og objektiverende sygdomsopfattelse og komponenter fra Åben Dialog, som vil blive udfoldet i artiklens analyse. Karakteren af de lokale møder mellem Åben Dialog og de evidensbaserede komponenter i den psykiatriske praksis er netop udtryk for de forhandlinger, der finder sted.

Jeg vil i det følgende give eksempler på, hvordan man med afsæt i forståelsen af teknologi som et kontinuum kan undersøge de betingelser, som professionelle skal orientere sig i. Eksemplerne giver et indblik i, hvordan man kan begribe personalets forståelser af sig selv som professionelle set i lyset af noget, som har karakter af både at være i bevægelse og nyt, almen menneskeligt (stabilt) og i opposition til den etablerede psykiatri.

### Introduktion til analysen

Først introducerer jeg en række overordnede forskellige aktører og deres mulige indflydelse på konstitueringen af Åben Dialog. Her er ikke tale om en dybdegående analyse, men blot en skitsering af nogle af de forskellige komponenter, der møder Åben Dialog, og som skaber muligheder eller umiddelbar modstand. Dernæst vil jeg præsentere interviewudrag og

<sup>13</sup> Juul Jensen (2004) påpeger, at evidensbegrebet over tid har udviklet sig til en selvfølghed, til et slagord, der ofte bruges ukritisk og ureflekteret.

observationer, som viser, hvordan personalet arbejder med Åben Dialog lokalt.

Overordnet er pointerne i analysen, at nogle måder Åben Dialog bliver til på lokalt, sker igennem konfrontation eller kompromis over for den eksisterende praksis. Det sker f.eks. gennem tavsheder og sarkasme. I de situationer udgrænses standardiseringer og klinisk evidens. I andre situationer skabes Åben Dialog gennem en søgning efter kompromis. Det sker f.eks., når personalet refererer til nødvendigheden af psykiatrisk skoling, og når diagnostiske standarder bruges som orienteringsredskab i organisationen. Disse måder, hvorpå Åben Dialog bliver til, stiller nogle særlige subjektiveringsmuligheder til rådighed for det professionelle. Det er blandt andet i form af et indre forhold, hvor personalet skal finde mening ved at reflektere uden om standarder. Dette materialiseres gennem tavsheder. Eller igennem sarkasme, som giver en mulighed for professionelt at legitimere Åben Dialog overfor standardiseringer. Eller ved at gøre standarder til et administrativt værktøj frem for et terapeutisk værktøj.

Som nævnt i introduktionen til Åben Dialog er tilgangen på et overordnet plan blevet mulig i psykiatrien i dag på grund af et sammenrend af influerende faktorer. Andre komponenter, der åbner op for Åben Dialog, der handler imod en entydig "evidens- og standardiseringsindflydelse", er geografi og autonomi. Teamet er placeret geografisk langt væk fra ledelsen<sup>14</sup> (25km), som for personalet repræsenterer den eksisterende praksis' komponenter: den medicinske sygdomsopfattelse og klinisk evidens. Den geografiske afstand kan i nogen

14 Hvad ledelsen er og består af, er i sig selv en analyse værd. Her er ikke blot tale om en fysisk person, men også monitoreringsskemaer, krav om ydelser, politikker, adgang til softwaresystemer osv. Jeg vil ikke her komme ind på, hvordan forholdet mellem Åben Dialog, evidens og ledelse konstitueres, men blot fremhæve pointen, at personalet selv tildeler ledelse og evidens en forbindelse til hinanden.

henseender betyde mindre tilsyn. En anden komponent er personalets relative autonomi. De strukturerer selv deres hverdag. Geografi og autonomi giver dem mere fleksibilitet til selv at bestemme den terapeutiske behandlingstilgang og mere fleksibilitet i forhold til personalemæssige tiltag.

Men det er ikke geografisk afstand og egen planlægning af arbejdet alene, som gør Åben Dialog mulig. På ledelsesplan har man været åben overfor Åben Dialog ved at tillade personalet at deltage i en studiegruppe i to timer hver 14. dag, og man har tilladt, at overlæge og psykolog har fulgt den netværksterapeutiske uddannelse i Tromsø i Norge. Derudover har ledelsen et principielt fokus på, at inddragelse af patientens netværk kan være en god ting. Teamet har prioriteret at få supervision fra en ekstern psykolog, som har erfaring med Åben Dialog. Der er således sprækker og lydhørhed overfor tilgangen i den organisatoriske struktur og i ledelsens holdning, hvilket muliggør introduktionen i noget omfang.

Samtidig med, at der er lydhørhed overfor Åben Dialog, er der også en træghed i forhold til introduktionen af tilgangen, som trækker på lægers argumenter om, at der mangler "evidens" for behandlingens effektivitet. Dette argument vægter tungt i forhold til at få Åben Dialog forankret og anerkendt, eftersom store dele af sundhedsvæsenet og nyere reformer hviler på "standardisering" og "klinisk evidens". Det betyder også, at trods åbenheden i psykiatriens ledelse og organisation, bliver teamets praksis ikke desto mindre i nogle sammenhænge reguleret og monitoreret af de forskellige standarder, så som NIP (Nationale Indikator Projekt), funktionsniveauskemaer (Global Assessment of Function<sup>15</sup>), patienttilfredshedsundersøgelser, ydelsesregistreringer

15 I psykiatrien har der været tradition for global funktionsmåling siden begyndelsen af 1960'erne. HSRS (Health-Sickness Rating Scale) og GAS (Global Assessment Scale) er forløbere til GAF, som blev indført i diagnosesystemet DSM-III-R i 1987.



(teamets personale skal f.eks. have i gennemsnit tre “face-to-face” møder om dagen med patienter). Ud over “evidens” og “standarder”, der er baseret på en medicinsk sygdomsopfattelse, som blandt andet sætter præmisserne for hvilken viden, der skal indhentes hos patienten, er der andre vigtige komponenter, som har indflydelse på, hvordan Åben Dialog bliver til. Det er blandt andet personalets mangeårige psykiatriske erfaring og tidligere skoling, som også er baseret på en medicinsk sygdomsopfattelse.

Denne liste af hæmmende eller fremmende komponenter af Åben Dialogs introduktion i teamet er som sagt ikke udtømmende, men det giver læseren en idé om, at Åben Dialog ikke kan forstås som et stringent eller kausalt forløb, men at mange komponenter spiller ind i Åben Dialogs muligheder for at vinde terræn.

Der er således nogle forskellige komponenter, som virker åbnende og inviterende på Åben Dialog og nogle, som umiddelbart synes at bremse Åben Dialog. Geografi, autonomi, ledesholdning, evidens, organisationsressourcer, medicinsk sygdomsopfattelse, psykiatrisk skoling er blot et udpluk af de komponenter, der i mødet med Åben Dialog er med til at definere dets måder at blive til på. I det kommende afsnit er der således tale om et lille fragment af den praksis Åben Dialog skabes i.

### “Teknologi som kontinuum”

#### på analytisk arbejde 1:

#### *Opposition mellem medmenneskelighed, meningsfuldhed og evidens*

I nedenstående analyse kommer Åben Dialog-komponenter om medmenneskelighed og meningsfuldhed til at stå i kontrast til komponenten i den eksisterende praksis, som handler om klinisk evidens. I interviewuddraget nedenfor fremhæver personalet vigtigheden af, at nye behandlingstilgange skal give mening. Uddraget er taget fra en sammenhæng, hvor personalet taler om, hvordan man skaber forandring i den psykiatriske organisation. Per-

sonalemedlemmer har i flere sammenhænge fremhævet, at forandring i organisationen ikke kun indbefatter indførelsen af nye standarder (f.eks. NIP eller GAF). Det er nødvendigt, at der også skabes plads til eksistentiel forandring eller læring for det enkelte personalemedlem. Indvendingen synes at være, at NIP og GAF ikke skaber forandring, og i sidste instans en bedre behandling, netop fordi de ikke skaber plads til den eksistentielle professionelle forandring for det enkelte personalemedlem. Det står i kontrast til Åben Dialog, der her italesættes som en tilgang, der tager afsæt i det indre (nemlig forholdet til sig selv som fagperson og menneske), som så vil have konsekvenser for det ydre (relationen til patienten og omgivelserne). Åben Dialog skabes som et selvforhold, dvs. Åben Dialog bliver båret af det enkeltes personalemedlems evne til at lære at reflektere og være åben overfor, hvad der bliver sagt, og derved bliver forandringen i praksis også knyttet til dette selvforhold i den forstand, at forandringen skal komme indefra og ikke fra udefrakommende “standarder”. Det nedenstående citat støttes også af den måde personalet kommunikerer på, når de øver sig på Åben Dialog. Man giver ikke råd eller konkrete endegyldige svar eller vurderinger, man dømmes ikke, og man spørger frem for at være konkluderende. Kort sagt, når man taler på en Åben Dialog-facon, refererer man til sine egne associationer, følelser og overvejelser om ens egen rolle i relationen til patienten eller mere abstrakte emner om, hvad det vil sige at reflektere eller at være i dialog, snarere end at komme med behandlingsløsninger, der er baseret på en given patients symptombillede.

*“Der skal også være en tanke med at gøre det, ikke bare at gøre det for at gøre det, men en tanke med at gøre det.” (Interview m. personale, juli 06)*

Hvordan kan man forstå, den særlige måde teamet kommunikerer på og “en tanke med at gøre det” som et alternativ til “standar-

der” og “evidens”? Når noget giver mening, er det virkeligt, ser ud til at være rationalet i interviewpersonens argumentation. Personalet synes også at lægge op til, at et element i det, som skaber mening, er, at der er en hensigt med forandring. Meningen her finder man ikke (nødvendigvis) i standardiserede blinde forsøg eller klinisk evidensbaseret praksis, men i den personlige refleksion og dialogen og “*en tanke med at gøre det*”. Åben Dialog etablerer her en anden standard for, hvornår psykiatrisk behandling giver mening, en anden standard end evidensbaserede forsøg. Denne anden standard vinder indpas i teamet, men ikke nødvendigvis i den brede psykiatri. Når man opererer evidensbaseret, forudsætter det målbare standardiseringer for, hvad “god behandling” er. Med reference til litteraturen om Åben Dialog (e.g. Seikkula 2000) forstås “god behandling” grundlæggende som det at etablere “dialog” og evnen til at reflektere.

Når Åben Dialog bliver skabt gennem refleksion, dialog og “*tanke med at gøre det*” bliver den svær at få øje på uden for teamet, fordi den ikke refererer til samme form for standardisering, som er genkendelig i den øvrige psykiatri. Det vil sige, at Åben Dialogs genkendelighed som selvstændig og unik behandlingstilgang bliver sat på prøve, for i mødet med “evidens” fra personalets øvrige dagligdag, er det umiddelbart svært at evidensbasere “tanker” og “respekt”. Set ud fra en organisatorisk eller ledelsesbaseret vinkel er Åben Dialog som styringsteknologi i disse situationer nærmest ikke-eksisterende og kan derfor heller ikke siges at have nogen effekt på de professionelle subjektiveringsmuligheder. Men her kommer den analytiske udfordring, for personalet gør tingene anderledes, end de plejer. Usynligheden for styringsteknologien opstår, fordi der er et epistemologisk rod i mødet mellem Åben Dialog og evidens, ved at Åben Dialog ikke er på bølgelængde med “evidens”. Lidt karikeret sagt betyder det at, i det øjeblik forandringer skabes på måder, som ikke

kan indfanges af standardiseringer og kausale forhold, bliver de usynlige for omverdenen. Hvis man derimod kigger på, hvad personalet gør, for at finde mening i definitionen på den gode behandling, vil Åben Dialog blive synlig som en styringsteknologi, der skabes som et indre forhold hos personalet (tanken) og intraforhold (dialog) mellem patient og personale, mens man ud fra evidensstanken ville svare ud fra en medicinsk objektiviserende sygdomsopfattelse, som er baseret på symptomer.

Men hvis man alligevel søger at måle tanker og respekt, ud over at *sige*, at man tænker eller er respektfuld, hvordan kan man så få øje på den? Det kan man, ikke kun igennem italesættelsen af det som i ovenstående citat, men gennem observation af det, jeg vil kalde en *materialisering* af tanken og respekten. “Evidens” og “standarder” har ikke for vane at måle den særlige tavshed og de afventende pauser, der findes i netop dette teams kommunikationsform. For eksempel afbrydes der sjældent ved fællesmøder. Selv i interviewmaterialet bemærker jeg, at pauserne er længere, end hvad jeg almindeligvis har oplevet i interviews med andet psykiatrisk personale. Så når det af personalet fremhæves, at der skal være en “tanke” med at indføre nye behandlingstiltag, skal det forstås meget bogstaveligt. Tanken er både fysisk i tid og rum og meningsgivende. I den forstand undslipper og opponerer materialiseringen af tanken og respekten det evidensbaserede. Forhandlingen med klinisk eksisterende praksis etableres fysisk og i tid igennem den reflekterende måde, personalet øver sig i at holde møder på. For at give plads til, at noget kan få mening, etableres i overført betydning et venterum, hvor alle omkring bordet får lov til at tænke. På den måde bliver skabelsen af Åben Dialog som styringsteknologi fysisk, og ikke blot et spørgsmål om implementering af overordnede principper personalet har læst i en bog. Personalet ansøres til at lære at reflektere gennem tavshed, frem for blot at implementere.

Endnu et eksempel viser, hvordan Åben Dialog bliver skabt som en kontrast til eksisterende praksis. Uddraget illustrerer, at forudbestemte dagsordener eller "problemløsningsmodeller" og "målbare samtaler", som man kan sige alle er standardiseringselementer, konfronteres med personalets opfattelse af Åben Dialog som "respektfuld" og "ligeværdig". Pointen er sammenlignelig med eksemplet om "tanken". Åben Dialog og evidens fungerer ikke ud fra samme epistemologiske kriterier.

*"Det er meget karakteristisk (for Åben Dialog-tilgangen red.), at man ikke på forhånd har en fastlagt dagsorden [...] Den måde jeg er skolet på i systemet [...] igennem tiden har været meget målbare samtaler: Hvad ønsker du at få ud af denne her samtale, hvad er det så, du skal tale om for at nå det mål. Og at gå ind og tale med patienten og komme ud igen og (stille sig selv spørgsmålet red.) nåede jeg målet? [...] Mit mål vil altid være, at patienten føler sig hørt, anerkendt og respekteret, ligeværdig. De mål vil altid være der i en samtale, men ikke sådan en problemløsningsmodel" (Interview m. personale juli 06)*

I dette citat fremhæver personalet igen, at Åben Dialog er en form, som grundlæggende står i kontrast til en "problemløsningsmodel". Der er ikke noget predefineret mål (standard) med samtalsindhold, men med måden (eller materialiseringen), man samtaler på (tavshederne og at få patienten til at "føle sig hørt"). Uanset skema, klinisk evidens, ledelse, eller "målbare samtaler" som er udbredt i psykiatrien, skabes Åben Dialog som en tilgang, som har en værdi, der kommer forud for standarder og klinisk evidens og problemløsningsmodeller. Der skal være "en tanke med at gøre det", og denne tanke skabes i *formen* for mødet med patienten.

Som sidste eksempel på hvordan Åben Dialog bliver til i opposition til den eksisterende praksis, gengives en situation, hvor der bliver brugt sarkasme. Klinisk evidens bliver yderligere konfronteret gennem sarkasmen over for standardiserede skemaer. Under en observation

af en morgenkonference, hvor jeg er inviteret med til at lære om, hvordan personalet bruger Åben Dialog i deres daglige arbejde, er sociale funktionsskalaer (GAF) om patienterne på rundtur. Teampersonalet tager kollektivt stilling til hver enkelt patients scoring. Overlægen bemærker, at udfyldelsen og skemaernes funktion er "absurd", og fortsætter videre i en humoristisk tone til teamlederen, der kommer senere: "Vi gik i gang med lidt morsomt, inden du kom". Man lavede sjov, ikke med patienternes funktionsniveau, men med formålet og brugbarheden af disse skemaer. Sarkasmen fremstår som en modstandsstrategi, hvor de evidensbaserede standarder udelukkende manifesteres som administrative og monitorerende greb. Igennem sarkasmen opstår en anden strategi til at definere, hvad der får gyldighed. Skemaerne er dog anvendelige (og nødvendige) for, at teamet kan legitimere overfor ledelsen og omgivelserne, at de opfylder evidenskravene, og anvendelige for ledelsen til at sikre, at den psykiatriske organisation opererer efter de anerkendte evidenskriterier.<sup>16</sup> Den sarkasme, der tages i anvendelse i denne situation, kan som sagt læses som modstandsstrategi. Men sarkasmen kan også forstås som en effekt af en styringsteknologi, som bliver til indlæring af en legitimeringspraksis, hvor personalet får redskaber til at håndtere standarder uden helt at afskrive deres administrative funktion. (og herved legitimerer det, som ikke er standarder). Her er tale om en modstandsstrategi, som skaber professionelle subjektiveringsmuligheder, hvor man skal være i opposition til standarder som terapeutiske redskaber.

Effekten af introduktionen af Åben Dialog

<sup>16</sup> Dodier (1998) og Mol (2002) er kommet med lignende pointer i deres analyse af kliniske praksisser. De diskuterer, om man med lægers håndtering af standarder og forskellige konstitueringer af praksisser kan tale om en administrativ praksis, hvor man skal leve op til organisationens styringskrav, mens man sammen med patienten kan tale om en klinisk praksis, som har et terapeutisk formål.

er, at personalet med Åben Dialog kan fortælle en anden historie om sig selv som fagpersoner end den, der åbnes op for, hvis det kun er en medicinsk fortælling, der er til stede. Jeg foreslår her, at skabelsen af alternative definitioner på den gode behandling skal have en forbindelse til personalets selvforhold, mere konkret om man evner at reflektere og være i opposition til predefinerede standarder. Det handler ikke kun om, hvad man kan gøre for patienterne, men i høj grad også om, hvordan man kan forstå sig selv. Den "gode behandling" fratages i den forstand legitimitet som kun at være den evidensbaserede.

I ovenstående analyse er Åben Dialogs kompleksitet forstået som konstitueret gennem mødet mellem det, jeg har kaldt almene menneskelige værdier og klinisk evidens og standarder. Dette kan beskrives som konfrontationer i den forstand, at det er svært både at have en predetermineret dagsorden, hvor en medicinsk sygdomsopfattelse og klinisk evidens er medaktører, og hvor man samtidig kan være medmenneskelig i Åben Dialog-forstand, hvor patienten sætter præmisserne for, hvad der skal tales om.

I det, man traditionelt vil kalde klinisk praksis, foregår der kampe både lokalt og globalt mellem standardiserede sandhedsregimer, som manifesteres igennem løsningsmodeller og praktikerens hverdagserfaring (Rankin & Campbell, 2006). Hvad der konstitueres som mest gyldigt eller vægtigt afhænger af, hvor man retter blikket hen. Hvis man som eksempel deltager i en morgenkonference i teamet, oplever man stadig tilstedeværelsen af et objektiverende sygdomsbillede og evidensbaserede standarder. Der anvendes patientlister, refereres til forskellige skemaer, og det er her som regel psykiateren, der fører ordet og træffer medicinske og behandlingsmæssige beslutninger. I situationen omkring morgenkonferencen bliver psykiateren garanten for det medicinske sygdomsbillede (herunder evidens og standardiseringer) korrekte forvaltning og

tolkning. I kontrast konstitueres Åben Dialogs "medmenneskelighed" som et redskab for praktikerens til at opponere imod udviklingen hen imod "standardisering". Medmenneskelighed kan kobles til alle menneskelige relationer. Den er på én gang lokal, global og abstrakt, hvilket samtidig karakteriserer dens fleksibilitet og bevægelighed. Medmenneskelighed grundlægges i andre situationer i teamet som en almen gyldighed, hvis benævnelse ingen vil opponere imod. Medmenneskelighed bliver derved en "black box", som umiddelbart ikke kan sættes til diskussion. Pointen her er, at destabilisering eller blackbox status omkring en komponent som evidens eller medmenneskelighed skabes alt efter hvilke situationer, der er tale om, og hvem der anvender begrebet, og hvordan.

En anden type uoverensstemmelse mellem Åben Dialog og et element i det eksisterende, nemlig diagnosesystemet, konstitueres i det nedenstående som et kompromis. I det følgende vil jeg belyse, hvordan Åben Dialog ved at referere til det diagnostiske system på den ene side fastholder en traditionel faglighed, hvor diagnostiske principper er styrende for behandling, og på den anden side gør det udflydende, hvordan man definerer, hvem der skal betragtes som normal eller unormal.

### **"Teknologi som kontinuum" på analytisk arbejde 2:**

#### ***Diagnostiske rester***

I det kommende eksempel er medmenneskelighedsprincippet i Åben Dialog ikke i opposition til men supplement til det diagnostiske system. Det diagnostiske system er også en del af klinisk praksis og grundlag for standardiseringer, fordi de symptomer, som ligger til grund for diagnoserne, også anvendes som indikatorer til at måle behandlingseffektivitet<sup>17</sup>. I neden-

<sup>17</sup> En interessant analytisk pointe, som ikke kommenteres yderligere her, er, at diagnosebegrebet netop kan være et mødested for Åben Dialog-tilgangen og eksisterende

stående eksempel gør Åben Dialog-personale ikke kun "medmenneskelighed", de refererer også til "læren om psykiatri", dvs. diagnostiske kriterier.

*"Jeg tænker, at der også er stor faglighed i det, fordi man skal stadigvæk reflektere ud fra sin faglighed og sin menneskelighed, det at være menneske. Jeg tænker ikke, at hvem som helst kunne komme ind fra vejen og køre Åben Dialog, fordi det eneste krav var at være menneske. Jeg mener stadigvæk, at fagligheden... selve læren om psykiatri – de typiske sygdomme – er man jo nødt til at have. Man er nødt til at kende noget til psykiatrisk sygepleje på den ene eller den anden led, fordi det er en sammenhæng af det hele... ja, Åben Dialog er en overbelægning... en del af det hele. Men samtidig er det jo også et livssyn, en livsholdning, en måde at betragte mennesker på..." (Interview med personale, juli 2006)*

På trods af Åben Dialogs manifestering af almen menneskelighed og evnen til at reflektere som vigtig faglig subjektposition, defineres personalets faglige identitet også som særligt psykiatrisk faglig. Lidt forsigtigt kan man foreslå, at dette kompromis mellem Åben Dialog og komponenter i den eksisterende praksis gør det muligt for Åben Dialog at låne af den eksisterende praksis' sandhedskvalificering og legitimering. I den forstand at det, som anerkendes som gyldigt gennem brugen af diagnostiske standarder, også bliver gyldigt og sandt for tilblivelsen af Åben Dialog. In-

psykiatrisk praksis. Et mødested som dels gør det muligt for eksisterende psykiatrisk praksis at inkludere Åben Dialog, og dels gør det muligt for Åben Dialog at overleve i psykiatrisk praksis. I udgangspunktet er Åben Dialog udøvere tilbageholdende med at diagnosticere med to ting til følge. Det ene er at lade diagnosen komme i baggrunden, så den ikke er styrende for behandlingen (men helt forsvinde gør den ikke, for diagnosen er også nøglen til resten af systemet). Det andet, de gør, er at tillægge diagnose nogle andre definitioner, end dem som er gældende i DSM IV eller ICD 10 (WHO's internationale klassificering af sygdomme, som er brugt i Danmark siden 1995) som tilfældet her med psykose, der i Åben Dialog beskrives som en tilstand der endnu ikke har fået ord.

den for psykiatrien er klinisk evidens blevet grundlæggende for accepten af nye behandlingstilgange. Et kompromis mellem evidensbaserede og Åben Dialog principper kan være en overlevelsesstrategi for teamets personale. De kan med reference til medmenneskelighed samtidig anerkende den eksisterende diagnostiske praksis, når de f.eks. registrerer deres patientsamtaler i den elektroniske patientjournal.

Diagnosesystemet og den dagsordenstyrede samtaleform, der udspringer af det diagnostiske system og det medicinske sygdomsbillede ser ud til at have været en del af personalets professionelle redskaber så længe, at de er blevet "black box" og dermed legitimerende og sandhedsskabende for, hvad der kan og skal defineres som "god behandling".<sup>18</sup> Personalet afskriver således ikke helt de kategoriseringer, som den eksisterende psykiatri inddeler patienter efter. Når personalet tænker "faglighed", så sammensmelter Åben Dialog, det eksisterende diagnostiske system og egen professionel erfaring. Åben Dialog kan ikke give en faglig identitet i sig selv, fordi den psykiatriske organisation stadig i høj grad er konstitueret på en medicinsk sygdomsopfattelse og derfor gør det svært for personalet at aflære sig dets professionalitet. Referencerammen er stadig psykiatriske sygdomme, som de almindeligvis forstås inden for den eksisterende psykiatri. I citatet definerer personalet således også Åben Dialog som en "overbelægning". Det kan måske forstås som, at Åben Dialog går på kompromis med det, personalet forstår som instrumentelt, objektiverende og diagnostisk, og det, som personalet gør, står i kontrast hertil, nemlig et menneskeligt behandlingstilbud til sindslidende. Dette kompromis skaber en platform,

<sup>18</sup> Diagnosesystemets udbredelse og status som definerende for al behandling og in/eksklusion af patienter i psykiatrien må i teorien kunne beskrives som black box. Også selvom man med inspiration fra Dodier (1998) kan foreslå, at selv diagnosesystemet kan være ustabil og muligt at fragmentere, og at særligt en analyse af praksis vil pege på kompleksiteten i også den teknologi.

hvor det stadig er muligt for personalet at tage professionelle subjektpositioner, som refererer til diagnostiske kriterier. Det giver umiddelbart professionel tryghed og et nemt håndterligt identifikationsgrundlag, men fungerer dog mest som orienteringsgrundlag (Søndergaard 1996/2000). Det betyder, at dette kompromis gør det muligt for personalet både at fungere som psykiatrisk personale og som Åben Dialog-personale. Man kan tale om, at personalet træder "ind og ud af" psykiatriske diagnostiske kategorier og medmenneskelighed med den effekt, at det i denne sammenhæng lykkes personalet at forene Åben Dialog og medicinsk sygdomsopfattelse, og at kapaciteten til at kunne gøre det er en forudsætning for Åben Dialogs og personalets egen overlevelse i det psykiatriske system. Det ser ud til at være en strategi, hvor den ikke-standardiserede Åben Dialog bliver oversat til en medmenneskelig faglighed men blot som "*overbelægning*", hvor den eksisterende psykiatri forbliver den professionelle faglighed. At det så mest er som et orienteringsgrundlag handler om, at man kan bruge de diagnostiske kriterier til at skabe sammenhæng som professionel i organisationen (det er ikke alle der arbejder på en Åben Dialog-måde), og man kan dermed fastholde en professionel identitet, som er passende ikke kun i de situationer, hvor man er sammen med Åben Dialog-fagfæller, men også andre steder i psykiatrien.

### Konklusion

Konsekvenserne af analytisk at se på praktiseringen af Åben Dialog som et dynamisk, bevægeligt, teknologisk kontinuum er til dels, at det implicerede personales forståelse af deres egen professionalitet undersøges i lyset af de heterogene sammenhænge, de indgår i. Organisatorisk kan personalet positionere sig på flere niveauer og i mange sammenhænge uden nødvendigvis at give køb på egen faglighed. Åben Dialog-teknologiens bevægelighed skaber multiple mulighedsrum for personalet,

men såvel evidensbaserede standarder, medicinsk sygdomsopfattelse som Åben Dialog er medkonstituerende for den måde, man kan forstå sig selv som professionel på, lige såvel som evidensbaserede styringsteknologier også stiller bestemte måder at se sig selv som professionel på til rådighed. Dog bliver styringen ud fra en kompleksitets- og bevægelsessensitiv analyse ikke helt ensrettet eller forudsigelig, fordi koblingen til den lokale oversættelse gør en konstant bevægelse mulig.

Åben Dialog er ikke fast forankret, og den kan fragmenteres i den grad, at den både forholder sig konfronterende og kompromissøgende til den eksisterende praksis i psykiatrien. Dens konstituering som "medmenneskelig" og "eksistentielt betydningsfuld" gør den, som vist, både indflydelsesrig, men også gennemsigtig og utydelig i forhold til den praksis, den møder.

Mange vil nok være nysgerrige efter at vide, om Åben Dialog overlever. Det kan jeg ikke svare på. Denne analyse er et bud på, hvordan man kan forstå de forandringsprocesser, der sker, når Åben Dialog introduceres i et felt, der ellers befolkes af medicinsk sygdomsopfattelse og klinisk evidens. Når man søger årsager til, hvordan virkeligheder vægtes eller tildeles betydning, må man således kigge på et sammenrend af konstituerende komponenter. I disse analyser har jeg vist, hvordan det kunne dreje sig om sarkasme, tavsheder, medicin, almen menneskelighed og evidens. Tanken, tavshederne og sarkasmen er eksempler på, hvad der skabes og vokser ud af konfrontationen mellem Åben Dialog og komponenter i den eksisterende praksis. Komponenterne "refleksion", "respekt" og "ligeværdighed", som jeg kalder almene menneskelige værdier, bliver grundlag for den gode behandling, som skaber både en konfronterende og fælles forbindelse mellem Åben Dialog og den eksisterende psykiatri. Virkeligheder er ikke blot gjort mere eller mindre indflydelsesrige af sig selv. Hvordan man eksempelvis kan svare på,

om diagnosesystemet i praksis er mere gældende end det antidiagnosesystem, som Åben Dialog tilbyder, vil kræve yderligere analyse af de mange komponenter, der indgår i møderne mellem Åben Dialog og den eksisterende praksis, eksempelvis Åben Dialog psykose og ICD10 psykose.

Ved ikke helt at kunne fastholde en endegyldig definition på, hvad Åben Dialog er, bliver det både utydeligt (og uvist), om Åben Dialog rent faktisk eksisterer, som en selvstændig og unik behandlingstilgang, eller om dens principper blot er almen menneskelighed. Omvendt er denne utydelighed også en strategi, fordi tilgangen herigennem både skabes som modstandsstrategi overfor monitoreringskrav (der er tilsyneladende ikke noget at monitorere eller standardisere), og samtidig en overlevelsesstrategi i den forstand, at dens utydelighed gør det muligt at konstituere sig uden for disse standarder.

Andre analyser viser mere detaljeret, hvordan Åben Dialog i andre situationer og med andre komponenter går på kompromis, er i opposition til, kæmper mod, accepterer, hjælper, sammensmelter med den eksisterende praksis (Søndergaard 2010).

Værdifulde og inspirerende kommentarer har været grundlæggende for denne artikels tilblivelse. Jeg vil gerne takke Marie Duclos Lindstrøm, Tine Jensen, Jette Kofoed, Dorthe Staunæs og Solveig Esmann for deres konstruktive input til tidligere versioner af artiklen.

### Litteraturliste

- Adrian, Stine (2006). *Nye skabelsesberetninger om æg, sæd og embryoner – Et etnografisk studie af skabelser på sædbanker og fertilitetsklinikker*. Ph.d. afhandling Linköping University: The Tema Institute – Department of Gender Studies, Sweden
- Amhøj, Christa Breum (2007) *Det selvskabte medlemskab – om managementstaten dens styringsteknologier og indbyggere*. Ph.d. afhandling Forskerskolen i Ledelsesteknologi. Handelshøjskolen i København
- Andersen, Niels Åkerstrøm og Niels Thyge Thygesen (2004). Styringsteknologier i den selvudsatte organisation. *GRUS 73 (25)*. København Amtsrådsforeningen (2003) Udviklingstendenser i Sundhedsvæsenet. <http://www.arf.dk/Struktur/Sundhed/Fakta/UdviklingstendenserISundhedsvaesenet>
- Cussins, Charis M. (1998). Ontological Choreography. In Marc Berg & Annemarie Mol (Eds.). *Differences in Medicine – Unraveling practices, techniques, and bodies*. Durham: Duke University Press
- Dodier, Nicolas (1998) Clinical Practice and Procedures in Occupational medicine: A study of the framing of individuals. In Marc Berg & Annemarie Mol (Eds.). *Differences in medicine – Unraveling practices, techniques, and bodies*. ss.53-85. Durham and London: Duke University Press
- Foucault, Michel (1982). The subject & power. Afterword in Dreyfus & Rabinow. *Beyond structuralism and Hermeneutics*. Chicago: The Harvester Press Ltd.
- Foucault, Michel (1997): “Technologies of the self” i *The essential works of Michel Foucault*, vol. 1. New York: The New York Press.
- Foucault, Michel (1962/2000). *Klinikkens Fødsel*. Hans Reitzels Forlag.
- Foucault, Michel (2004) *Seksualitetens historie 3: Omsorgen for sig selv*. København: Det lille forlag.
- Haraway, Donna (1991). *Simians, Cyborgs, and Women: The Reinvention of Nature*, New York Routledge.
- Højgaard, Lis & Dorte Marie Søndergaard (2006) *Intersectionality and the Complexities of Subject / Matter: Making Intersectionality Relevant in a Co-Thinking of STS and Poststructuralist Analysis*. Paper præsenteret på ESF-LiU Conference: Intersectionality, Identity and Power – Interdisciplinary Perspectives on Intersectionality Studies. Vadstena, Sverige. 11.-15. October 2006
- Jensen, Uffe Juul (2004) Evidens, viden og sundhedsfaglig praksis i filosofisk perspektiv – eller faren for at være mere katolsk end paven I *Viden og evidens i forebyggelsen* (red.) Jette Jul Bruun. Sundhedsstyrelsen.

- Jensen, Casper Bruun (2005). An experiment in performative history: Electronic patient records as a future-generating device. I *Social Studies of Science* 35/2, ss, 241-267
- Jensen, Tine (2005) *Variations of the fifth dimension: Competences, computers and subjectivities*. Ph.d. afhandling. Roskilde Universitet: Institut for psykologi og filosofi.
- Moser, Ingunn (2003). *Road traffic accidents: The ordering of subjects, bodies and disability*. Ph.d. afhandling. Center of Technology, Innovation and Culture. Oslo Universitet.
- Nielsen, Henriette Langstrup (2005) *Linking Health care – An inquiry into the changing performances of webbased technology for asthma monitoring*. Ph.d. afhandling. Institut for Organisation og Industriel Sociologi – Københavns Handelshøjskole. 2005 – 2nd revision
- Latour, Bruno (1993a). *We have never been Modern*. Cambridge: Harvard University Press
- Latour, Bruno (1993b). Ethnography of a “high-tech” case – About Aramis. In (Ed. Pierre Lemonnier) *Technological choices – transformation in material cultures since the Neolithic*. London: Routledge
- Latour, Bruno (1999). On recalling ANT. In *Actor-Network theory and after* (Red. John Law and John Hassard). – Oxford: Blackwell Publishers, *The Sociological Review*.
- Latour, Bruno (2000). When things strike back: a possible contribution of ‘science studies’ to the ‘social sciences’. I *British Journal of Sociology* vol.51 (1), ss.107-123.
- Latour, Bruno (2005), *Reassembling the Social: an intro to Action-Network-Theory*, Oxford University Press
- Law, John & Ingunn Moser (1999/2003). Managing, subjectivities and desires. *Online-paper* på <http://www.comp.lanc.ac.uk/sociology>. Department of Sociology, Lancaster University.
- Law, John (2004). *After method. Mess in Social Science Research*. London Routledge
- Pinch, Trevor & Wiebe Bijker (1984). The Social Construction of Facts and Artefacts: or How the Sociology of Science and the Sociology of Technology Might Benefit Each Other. I *Social Studies of Science*, nr. 14, s. 399-441.
- Rankin, Janet M. & Marie L. Campbell (2006). *Managing to Nurse – Inside Canada’s Health Care Reform*. Canada: University of Toronto Press Incorp.
- Seikkula, Jaakko (2000). *Åpne samtaler* (Norsk udgave). Tano Ashehoug.
- Seikkula, Jaakko et al. (2000). A two year follow-up on open dialogue treatment in first episode psychosis: Need for hospitalization and neuroleptic medication decreases. I *Social and Clinical Psychiatry* 10(2), s.20-29.
- Seikkula et al. (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. I S. Fredman (ed.) *The reflective process in action*. New York: Guilford Publication.
- Staunæs, Dorte (2003). *Etnicitet, køn og Skoleliv*. Ph.d. afhandling. Institut for Kommunikation, Journalistik og Datalogi, Roskilde Universitetscenter.
- Sundheds Ministeriet (1999). Sygehusvæsenet – en dansk og international sammenligning. *Sundhedsanalyser* 1999:7.
- Søndergaard, Dorte Marie (1996/2000). *Tegnet på kroppen – Køn: Koder og konstruktioner blandt unge voksne i academia*. København: Museum Tusulanums Forlag.
- Søndergaard, Dorte Marie (2005) At forske i komplekse tilblivelser. I Torben Bechmann Jensen og Gerd Christensen (red.) *Psykologiske og pædagogiske metoder. Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder i praksis*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag
- Søndergaard, Katia Dupret (2010). *Innovating mental health care – a configurative study in intangible, incoherent efforts*. PhD afhandling, Danmarks Pædagogisk Universitetsskole, Aarhus Universitet. Institut for Læring.
- Svenningsen, Signe (2003). *Electronic patient records and medical practice – Reorganization of roles, responsibilities, and risks*. Ph.d. afhandling. Københavns Handelshøjskole: Institut for organisation og industriel sociologi.
- Star, Susan Leigh (1991): Distributions of Power. Power, Technologies and the Phenomenology of Conventions: On Being Allergic to Onions. In John Law (ed.): *The Sociology of Monsters*. London, New York: Routledge.
- Sørensen, Estrid (2005). *STS goes to school: spatial imaginaries of technology, knowledge and presence*. Ph.d. afhandling Københavns Universitet, Psykologisk Institut