

Jannicke Borg Simonsen

Bacheloroppgave

Psykoselidelser og sosialt nettverk

Mai 2019

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse

Bacheloroppgave

2019



Jannicke Borg Simonsen

Psykoselidelser og sosialt nettverk

Bacheloroppgave
Mai 2019

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tittel: Psykoselidelser og sosialt nettverk

Problemstilling: Hvordan kan åpen dialog og sosialt nettverk føre til bedre livskvalitet for pasienter med psykoselidelser?

Formål: Formålet med denne studien er å finne artikler som belyser problemstillingen:

Bakgrunn: Ny kunnskap har ført til ny forståelse for psykisk sykdom. Pårørende er viktige støttespillere for pasienter med psykoselidelser. I Finland er det utviklet en relasjonell tilnæringsmåte; Åpen dialog i nettverksmøter. Ved hjelp av denne tilnærmingen møtes pasient, personer fra nettverket og behandlere på et likeverdig plan. Gjennom dialog og lytting er målet å få bedre forståelse og sammen komme fram til løsninger og skape håp.

Metode: Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie som gjennom systematisk søking har inkludert 5 fagfelleverderte artikler.

Resultater: Ved hjelp av åpen dialog tilnærming hadde pasientene færre og kortere sykehusinnleggelser og brukte mindre medisiner. Pasienter, familier og behandlere hadde positive erfaringer med åpen dialog i nettverksmøte. Det ble også sett vesentlige forbedringer i funksjon og forbedring hos pasienter med psykoselidelser.

Summary

Title: Psychotic disorders and social network.

Research question: How can open dialog and a social network lead to better life quality for patients with psychotic disorders?

Purpose: The purpose of this study is to find new articles that focus on the research question.

Background: New knowledge has led to a new understanding of mental illness. Relatives are important supporters for patients with psychotic disorders. In Finland, a new relational approach has been developed; Open dialog in network meetings. By using this approach, patients, persons from the network, and therapists meet on the same level. Through dialog and listening, the goal is to gain a better understanding and together reach solutions and create hope.

Method: This bachelor's thesis is a literature review that through systematic searching has included five peer reviewed articles.

Results: Through an open dialog approach, the patients had fewer and shorter hospitalizations and used less medicines. Patients, families, and therapists had positive experiences with open dialog in network meetings. In addition, it was also discovered significant advancement in functionality and improvements for patients with psychotic disorders.

Innhold

1. Innledning.....	4
1.1 Definisjon av begreper:	4
1.1.1 Livskvalitet.....	5
1.1.2 Pasient	5
1.1.3 Psykisk lidelse	5
1.1.4 Nettverksmøte	5
2. Bakgrunn	5
3. Problemstilling	9
4. Metode.....	9
4.1 Vitenskapsteori.....	10
4.2 Litteraturstudie som metode.....	10
4.3 Søkestrategi	10
4.4 Søkelogg.....	12
4.5 Analyse.....	12
5. Resultater.....	13
5.1 Sosialt nettverk.....	16
5.2 Sett og hørt	16
5.3 Medisinering og symptomer.....	17
5.4 Sykehusinnleggelser og tilbakefall.....	17
6. Drøfting	18
6.1 Sosialt nettverk.....	18
6.2 Sett og hørt	18
6.3 Medisinering og symptomer.....	19
6.4 Sykehusinnleggelser og tilbakefall.....	21
7. Metodiske overveielser.	21
Konklusjon	22
Litteraturliste:	25

1. Innledning

Denne studien omhandler hvordan åpen dialog og sosialt nettverk kan være til støtte i behandling for pasienter med psykoselidelser.

Pårørende er ofte pasientens eller brukerens viktigste støtte og de ønsker i de fleste situasjoner å være en ressurs for pasienten eller brukeren. Pårørende kjenner pasienten eller brukeren godt, og har erfaring med hva som kan bidra til å hjelpe (Helsedirektoratet, 2018, pårørendeveileder).

Psykoselidelser behandles i hovedsak med medisiner (Snoek & Engedal, 2017). Men kan all psykisk sykdom medisineres bort? Kan vi basere behandlingen kun på nevrobiologisk forskning? I Finland har de utviklet en relasjonell tilnæringsmåte som brukes i psykiatrisk praksis (Seikkula & Arnkil, 2013). Den kalles åpen dialog og ble utviklet på 1990 tallet (Seikkula, 2012). Ved å samle pasienten, pasientens nettverk og behandlere kan man snakke sammen i samme rom. Alle får høre det samme og si det de mener (Seikkula, 2012). Målet er å skape forståelse og samarbeid, som kan bidra til håp og mestring (Seikkula & Arnkil, 2013). «Mange kommuner rapporterer at psykisk helse er deres største folkehelseutfordring og at de mangler kunnskap om tiltak, verktøy og metoder som de kan ta i bruk» (Regjeringen, 2017). Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning trer i kraft 1. juli 2019 og sier at vernepleierutdanningen skal ha særlig kompetanse innenfor miljøterapeutisk arbeid. I tillegg sier den at utdanningen skal samarbeide med pasienter og pårørende for å fremme deltagelse, mestring, selvbestemmelse, helse og livskvalitet (Lovdata, 2019). Karlsson og Borg (2013) hevder at det har oppstått endringer i måten å forstå og behandle psykisk sykdom og at vi har blitt bevisst på at kunnskap fra pasientene selv er viktig. Hvem vil vel ikke bestemme over sitt eget liv? Brukermedvirkning er en lovfestet rett jf. Lov om pasient og brukerrettigheter §3-1 (Lovdata, 2019). Gjennom denne studien vil jeg sette søkelys på viktige momenter i arbeidet med psykoselidelser ved å se på litteratur som undersøker effekten av åpen dialog i nettverksmøter og støtte fra sosialt nettverk. «Behandlingen og oppfølgingen av pasient/bruker bør baseres på deres egne valg og prioriteringer og bidra til økt mestring og deltagelse i samfunnet» (Helsedirektoratet, 2013 s.22)

1.1 Definisjon av begreper:

Her vil jeg definere noen begrep som brukes i denne oppgaven.

1.1.1 Livskvalitet

Livskvalitet er sammensatt. Det handler om en persons subjektive opplevelse av hvordan livet er, i tillegg handler det om forhold mellom levekår og helse (Næss, 2001)

1.1.2 Pasient

Jeg har valgt å bruke begrepet pasient gjennomgående i denne oppgaven. Jeg kunne ha byttet ut pasient med bruker, klient eller en betegnelse som for eksempel personer med psykisk sykdom. Ifølge Erlend Hem (2013), sjefsredaktør i Tidsskriftet Den Norske Legeforening, er definisjonen på pasient en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten for å få helsehjelp, eller en person som får eller blir tilbudt helsehjelp. De utvalgte artiklene omhandler personer som er og har vært innlagt på psykiatrisk sykehus, både med og uten tvang. I tillegg omhandler de personer som ikke har vært innlagt men som har vært i behandling eller i kontakt med helse- og omsorgstjenesten, eller fått tilbud om det.

1.1.3 Psykisk lidelse

Jeg bruker betegnelsene psykisk lidelse, psykisk plage og psykisk sykdom om hverandre i denne oppgaven. Psykisk lidelse er betegnelsen som brukes i diagnosesystemet ICD-10.

1.1.4 Nettverksmøte

Seikkula & Arnkil (2013) definerer nettverksmøte som et møte der åpen dialog er i fokus mellom pasienten og personer fra pasientens nettverk. Det kan være familie, venner, naboer, kollegaer og andre langvarige relasjoner. Fagpersoner kan også være endel av nettverket. Det kan for eksempel være behandler, lege eller kontakt i Nav.

2. Bakgrunn

Psykotiske tilstander, eller psykoselidelser, omfatter de ulike diagnosene innen schizofreni, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser «En psykotisk tilstand er kjennetegnet ved en forstyrrelse av tenkning, persepsjon og affekt og innebærer at pasienten har en alvorlig forstyrrelse i sin virkelighetsoppfatning» (Snoek og Engedal, 2017, s. 81) Når en person opplever psykisk sykdom kan det være belastende for familie og de nærmeste, og i noen tilfeller fører det til at avstanden mellom pasienten og nettverket blir stor (Fyrand, 2016).

Det kan være vanskelig å snakke om og vanskelig for de rundt å godta og forstå. Åpne samtaler i nettverksmøter for personer med psykiske lidelser kan ha lindrende og forebyggende effekt. Ved å bruke denne tilnærmingen ivaretar man brukermedvirkning og

påvirker slik at både pasient og nettverk blir mer ansvarlig i sitt eget liv (Vigrestad & Hellandshølen, 2012)

Forståelsen av psykisk sykdom har endret seg opp gjennom tidene (Snoek & Engedal, 2017). Fra å ha et enten/eller perspektiv til å ha et både/og perspektiv, og tenke mer helhetlig i en bio-psyko-sosial modell. Psykisk sykdom er sammensatt. Som sammenligning kan somatiske sykdommer forståes best ved et årsak-virkning-forhold. En person har falt og brukket et bein og trenger behandling og medisiner for å bli frisk. Altså en målrettet behandling. I psykiatrien må man se helheten. Det finnes ofte ikke noe klart årsak-virkning forhold (Snoek & Engedal, 2017) «Pasienten er ikke sin diagnose, og en forståelse av det enkelte mennesket i sin unike livssituasjon vil alltid være det sentrale i psykiatrisk behandling.» (Snoek & Engedal, 2017, s.25).

Psykisk sykdom er genetisk betinget (Snoek & Engedal, 2017). Det vil si at det kan være arvelig. Men siden psykisk sykdom er sammensatt vil det ikke si at man arver en psykisk lidelse, men en sårbarhet for å utvikle psykisk sykdom. Forebygging er en viktig del av behandlingen. Det kan være forebygging av nye sykdomsperioder eller forebygging mot innleggelse på sykehus. Forebygging fører til mestring. Og mestring fører til en indre opplevelse av sammenheng. Empowerment er et begrep som brukes til å forklare økt mestring av eget liv (Snoek & Engedal, 2017). Empowerment er nært knyttet opp mot brukermedvirkning, da det i hovedsak handler om å bli bevisst sine egne ressurser og være i stand til å ta egne valg i sitt eget liv (Snoek & Engedal, 2017).

Vigrestad og Hellandshølen (2012) trekker fram at flere sentrale føringer legger vekt på, og har brukermedvirkning som mål i helse- og omsorgsektoren. Tilbakemeldinger fra pasienter og pårørendes erfaringer viser at det enda er en lang vei å gå, og at dagens praksis ikke samsvarer med intensjonene. Forfatterne stiller spørsmål om hvorfor ikke brukermedvirkning og pårørende samarbeid er bedre integrert i psykisk helsearbeid (Vigrestad og Hellandshølen, 2012).

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder som har som mål å involvere pårørende i helse-og omsorgstjenesten til det beste for pasienten og pårørende (Helsedirektoratet, 2017) Veilederen for pårørende setter søkelys på at kommunikasjon og samarbeid er viktige faktorer, og at familiefokus i behandling må prioriteres (Helsedirektoratet, 2017). Informasjon til pårørende kan kun gis ved at pasienten samtykker. Pårørendes rett til informasjon er lovfestet i Lov om pasient og brukerrettigheter § 3.3 (Lovdata, 2019). Pasientens åpenhet ovenfor pårørende må

forstås som en prosess, og pasienter med psykoselidelser kan i noen tilfeller trenge tid for å forstå at pårørende kan være en ressurs (Helsedirektoratet, 2017)

I veilederen for pårørende fokuseres det ved akutte kriser på å skape trygghet og dempe uro, bidra til samhørighet, mestring og håp og aktivt bruke pasientens sosiale nettverk (Helsedirektoratet, 2017).

I nettverksmøter med åpen dialog er et av hovedprinsippene å involvere pasientens sosiale nettverk (Seikkula & Arnkil, 2013). Pasienten bestemmer hvem som skal inviteres til møtet. Det kan være familie, venner, naboer, kollegaer og personer fra det offentlige som saksbehandler i Nav, behandler og fastlege. Møtet ledes av 2 møteledere. Det legges ingen agenda, såfremt ikke pasienten selv ønsker det. Ved at det legges til rette for dialog, skapes forståelse og endring for pasienten og nettverket (Seikkula & Arnkil, 2017). Med åpen dialog i nettverksmøter oppnår man en gjensidighet mellom fagperson, pasient og nettverk. Gjennom dialog og refleksjon finner man svar sammen. Fagpersonen skal ikke ha et svar, men bidra med fagkunnskap ut ifra det som etterspørres i møtet (Vigrestad & Hellandshølen, 2012)

Åpen dialog tilnærmingen er basert på forskning både på resultater og prosesser i behandling (Seikkula, & Arnkil, 2013). I Norge har det de siste 20 årene stadig blitt mer oppmerksomhet rundt åpen dialog i nettverksmøter (Vigrestad & Hellandshølen, 2012). Tromsø, Valdres og Agder har miljøer med forskning og utvikling av denne typen behandling. I Valdres har de utgitt en rapport og håndbok om åpen dialog i nettverksmøter (Vigrestad & Hellandshølen, 2012) Nettverksmøter kan brukes som et tilbud alene, eller et supplement til annen behandling (Vigrestad & Hellandshølen, 2012)

Det benyttes i dag ulike behandlingsformer i psykiatrien. Legemiddelbehandling for personer med psykoselidelser er svært vanlig. Og da er det psykofarmaka som benyttes (Snoek og Engedal, 2017). Det er medikamenter som hjelper på symptomer som vrangforestillinger, tankekaos, angst og depresjon. Snoek & Engedal (2017) mener at med medikamentell behandling for å lindre symptomer vil pasienten bli bedre i stand til å benytte seg av annen behandling i tillegg. Seikkula & Arnkil (2013) hevder at legemidler i enkelte tilfeller kan være sløvende, og føre til at pasientens frustrasjon og følelser ikke kommer til syne. Seikkula & Arnkil (2013) mener at vi skal tåle psykotiske symptomer fra en psykotisk pasient, som hallusinasjoner og upassende atferd. Det kan være uttrykk og et språk på hva som plager pasienten (Seikkula & Arnkil, 2013) Vigrestad & Hellandshølen (2012) understreker at sikkerheten må være ivaretatt med tanke på fysisk vold, og at det noen ganger er mest

hensiktsmessig å ta en pause eller avslutte møtet. Medikamentell behandling har i tillegg til virkning også bivirkninger som kan være plagsomme for pasientene. Vektøkning er en kjent bivirkning av antipsykotika (Snoek & Engedal, 2017)

Snoek & Engedal (2017) poengterer at legemidler aldri skal være en erstatning for psykososiale tiltak. Flere av behandlingsmetodene som brukes innenfor psykiatrien har fellestrekk med åpen dialog tilnærmingen.

I kognitiv terapi fokuserer man på pasientens tanker om seg selv (Snoek og Engedal, 2017) Oppfatningen av seg selv kan endres ved å reflektere rundt hendelser og ved å høre andre fortelle om de samme hendelsene. Slik kan de være mulig å endre pasientens oppfatning fra negativ til positiv slik at pasienten selv får et positivt selvbilde og føler mestring (Snoek & Engedal, 2017). I nettverksmøter brukes reflekterende prosesser underveis i møtet (Vigrestad & Hellandshølen, 2012). Det gjøres ved at møtedeltagerne eller andre personer i møtet reflekterer over det de nettopp har hørt. Dette gjøres høyt slik at alle deltagerne kan høre det. På denne måten foregår det en indre dialog hos pasienten. Ved å høre hvilke oppfattelser andre har, og høre at noen setter ord på det blir pasienten mer bevisst og kan få hjelp til å ta et annet perspektiv (Vigrestad & Hellandshølen, 2012).

Psykoterapi handler om samtale og bevisstgjøring. Det handler om å stille spørsmål og reflektere, for så å skape endring. Hvorfor synes jeg det er så vanskelig å omgås små barn?» «Hvorfor får jeg vondt i hodet når jeg skal på butikken?» (Snoek & Engedal, 2017). Ved bruk av åpen dialog i nettverksmøter reflekterer man sammen og finner svar (Seikkula & Arnkil, 2017)

I støttesamtaler er fokuset mer rettet mot mestring (Snoek & Engedal, 2017). Her vil man sette søkelys på mestringsstrategier istedenfor å forsøke å finne svar på hvorfor ting har blitt slik de har blitt og hvorfor man har blitt syk. Ifølge Snoek og Engedal (2017) vil støttesamtaler sammen med medikamentell behandling ofte være den beste behandlingen for personer med psykose.

Familieterapi er en behandlingsmetode innenfor psykiatrien. I en familie er personer knyttet til hverandre med følelsesmessige, biologiske og sosiale bånd. I familieterapi er tillitt og åpenhet viktige faktorer. Det er også viktig at både pasient/hovedperson og resten av familien blir ivaretatt og at det tas hensyn til hvilke behov de ulike familiemedlemmene har. I

behandlingen av personer med psykisk sykdom er familien en viktig ressurs. Hvis man søker årsak-virkning, vil det ofte være fristende å komme fram til at pårørende er årsak til pasientens psykiske plager. I slike tilfeller vil det være vanskelig å få til et samarbeid. Hvis man istedenfor søker en system-og-samspillsforståelse blir det lettere å samarbeide. Da vil det ikke være en part som får skyld. Men at man ser samspillet i en helhet (Snoek og Engedal, 2017).

Psykoedukativ familieterapi ble utviklet som en behandling ved schizofreni, som er en psykoselidelse. Psykoedukasjon handler om at pasienten har kunnskap om sykdommen/diagnosen og kjenner til symptomer og varselsignaler. Når familien da også har den samme kunnskapen for å støtte familiemedlemmet som har en psykisk sykdom, er det psykoedukativ familieterapi (Snoek & Engedal, 2017)

Ofte er det slik at personer med psykoselidelser ikke selv mener at de er syke. Dette skjer i enda større grad når de er på vei inn i en psykose. Da kan det være nyttig med hjelp fra noen i familien som pasienten stoler på og har en god relasjon til (Snoek & Engedal, 2017)

Miljøterapi er mer relasjonsorientert enn andre behandlingsformer. Det handler om å tilrettelegge, veilede og være tilstede. Målet er mye det samme som ved kognitiv terapi, å endre adferdsmønster og tankegang.

En viktig oppgave innenfor terapi er å øke pasientens selvinnsettelse til å se hvordan han eller henne påvirker omgivelsene rundt seg og blir påvirket av andre. Psykiske lidelser handler om hvordan en persons tanker og følelser skaper konflikter både for seg selv og omgivelsene (Snoek & Engedal, 2017)

3. Problemstilling

Ved å bruke PICO som et verktøy har jeg strukturert problemstillingen til å bli mer spisset (Thidemann, 2015) Jeg har kommet fram til følgende problemstilling:

Hvordan kan åpen dialog og sosialt nettverk føre til bedre livskvalitet for pasienter med psykoselidelser?

4. Metode

Ifølge Thidemann (2015, s. 76) er metode en systematisk fremgangsmåte som benyttes for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling. Jeg vil i det følgende

kapittelet beskrive hvordan jeg har gått fram på en så presis måte at en annen person vil få de samme resultatene og komme til den samme konklusjonen. Først kommer en vitenskapsteoretisk innledning, før jeg gjør rede for litteraturstudie som metode Deretter følger en beskrivelse for hvordan de utvalgte artiklene ble funnet. Søkene presenteres i en søketabell. Og de fem utvalgte artiklene presenteres i matriser. I analysedelen gjør jeg rede for hvordan jeg har kommet fram til fire temaer som er utgangspunkt for resultater og drøfting.

4.1 Vitenskapsteori

Hvordan kan vitenskapsteorien hjelpe oss til å forstå og finne sannheten? Hva er gyldig kunnskap? Positivismen søker årsaker og enkle forklaringer på ethvert problem. Ved å lese teorier og ulike tabeller får vi kunnskap. Hermeneutikken søker dypere forståelse for sammenhenger og helhet. Begge teorier vil til sammen gi oss flere perspektiver, som vil hjelpe oss i å finne gyldig kunnskap og sannhet (Aadland, 2011) Jeg har valgt å inkludere artikler med både kvantitative og kvalitative metoder for å få best mulig kunnskap knyttet opp mot min problemstilling.

4.2 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie som metode innebærer at man setter seg inn i et tema ved å lese litteratur og forskning på det aktuelle temaet. Man velger tema og problemstilling selv. Videre må man sette seg inn i de ulike metodene som benyttes i de vitenskapelige artiklene som inngår i studien. I en litteraturstudie ser man på litteratur som allerede finnes, altså sekundærdata (Thidemann, 2015).

Ved å bruke litteraturstudie som metode vil man kunne få en bredere kunnskap om det aktuelle temaet enn om man foretar en egen studie som innebærer intervju. Ved å samle og systematisere litteratur fra skriftlige kilder vil man kunne gi en oppdatert og god forståelse av valgt tema og problemstilling (Thidemann, 2015). I en systematisk litteraturstudie tar man utgangspunkt i all publisert litteratur om et valgt emne. I en allmenn litteraturstudie er det et utvalg av vitenskapelige artikler som inkluderes i studien. Litteraturstudie vil være veldig lik en allmenn litteraturstudie (Thidemann, 2015).

4.3 Søkestrategi

Arbeidet med å finne relevant litteratur til denne studien har bestått av å søke i ulike databaser. I en bacheloroppgave er det krav at det skal benyttes artikler i tillegg til fagbøker (Thidemann, 2015). Databaser jeg har søkt i er Google Scholar, Oria, Idunn, Swemed, Norart og Amed. Disse søkene førte meg direkte til to av de utvalgte artiklene. Den tredje artikkelen

fant jeg via Napha.no ved søk på åpen dialog. Artikkel nummer fire fant jeg i referanselisten til «Åpne dialoger i nettverksmøter» (erfaringskompetanse.no), og den femte artikkelen fant jeg via en lukket gruppe på Facebook der jeg er medlem. Jeg søkte opp artikkel tre, fire og fem på Oria for å forsikre meg om at de var fagfellevurderte.

Jeg brukte ulike søkeord som åpen dialog, nettverk, sosialt nettverk, relasjonell tilnærming, network meetings, open dialogue approach. Jeg har vekslet mellom å bruke ord sammen og hver for seg, og ulike kombinasjoner av ordene. Søk på åpen dialog på Oria ga 949 treff. Ved å begrense søket til «åpen dialog» og kun vise treff på fagfelle vurderte artikler fikk jeg 76 treff. Søkene ble avgrenset ved å bruke inklusjons og eksklusjonskriterier for å sørge for at søket ble mer hensiktsmessig (Thidemann, 2015). Følgende inklusjonskriterier ble benyttet: artikler utgitt etter 2008, vitenskapelige artikler, artikler som innbefattet personer med psykoselidelser eller pårørende/personer i nettverket til personer med psykoselidelse. Eksklusjonskriterier var artikler som ikke var fagfellevurderte, og artikler som ikke fulgte IMRAD standard. Artikler etter IMRAD standard følger en mal der innledning kommer først etterfulgt av metode, resultater og til slutt diskusjon. Det at en artikkel følger IMRAD struktur kan si noe om kvaliteten, da fagfellevurderte tidsskrift som hovedregel har et krav om at artiklene skal bruke IMRAD strukturen (Thidemann, 2015). En IMRAD struktur gjør lesingen effektiv og fører til at man får bedre forståelse for innholdet (Thidemann, 2015).

Artiklene ble vurdert ved å lese overskrifter. I de artiklene overskriftene var relevant ble sammendrag lest for å for så å finne ut om de hadde relevans for min problemstilling. Dette er en mer effektiv måte enn å lese hele artikkelen. I tillegg får man et overblikk over hva artikkelen inneholder (Thidemann, 2015) Jeg benyttet meg av sjekklister som en vurdering på artiklene. Helsebiblioteket.no har ulike sjekklister ut ifra studiedesign.

De utvalgte artiklene har overholdt forskningsetikk, som blant annet innebærer anonymitet og frivillighet (Thidemann, 2015) Forskningsetikk er et av kriteriene i sjekklisene. Ved hjelp av sjekklister får man god hjelp til vurdering av kvaliteten på artiklene (Thidemann, 2015)

Siden flere av artiklene ikke inneholdt ord som jeg inkluderte i mine søk kan det være fare for at artikler som er relevante for min problemstilling har blitt utelatt. Jeg mener likevel at jeg har funnet 5 artikler som egner seg til å besvare min problemstilling ved å velge artikler med både kvalitativ og kvantitativ metode. Og ved å belyse pasienter, familiemedlemmer og behandlere sine erfaringer. Jeg mener også at det gir oppgaven en styrke at flere av studiene har undersøkt langtidseffekten av åpen dialog tilnærming.

4.4 Søkelogg

Dato for søk	Database	Søkeord og kombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff (etter at ord er kombinert)	Antall leste abstract	Antall utvalgte
02.03	Oria	"Åpen dialog" nettverksmøte*	Kun fagfelleverderte artikler. 2007-2017.	16	11	0
02.03	Idunn	Åpen dialog	Kun treff innen tittel, sammendrag og stikkord. Fra 2004	6	4	0
08.04	Oria	Seikkula OG open dialogue	Fra fagfelleverdert tidsskrift, fra siste 20 år. Kun artikler	8	6	1 (nr.1)
08.04	Swemed	Open dialogue	Peer reviewed	3	2	1 (nr.2)
09.04	Norart	Åpen dialog	Vitenskapelige artikler	3	3	1 (nr. 2)
09.04	Amed	Open dialogue	Kun artikler	3	3	0

Referanse, primærkilde:	Utvalgte artikler:
Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, <i>Åpne Dialoger i nettverksmøter. En modell for samhandlende tjenester til personer med rusmiddelmissbruk og psykiske lidelser</i> . 2014 Trykt utgave	Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keranen, J. & Lehtinen, K. (2006) <i>Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies</i>
Napa.no, <i>Sosiale nettverk er avgjørende!</i> https://www.napha.no/content/14766/Sosiale-nettverk-er-avgjorende hentet 03.05.2019	Kogstad, R.E., Mønness, E. & Sørensen, T. (2012) <i>Social Networks for Mental Health Clients: Resources and Solution</i> .
Facebook, gruppe: Network for Open Dialogue Practices and Reflective Processes	Haram, A., Fosse, R., Jonsbu, E. & Hole, T. (2019) <i>Impact of Psychotherapy in Psychosis: A retrospective Case Control Study</i>

4.5 Analyse

Analysen av artiklene ble utført ved å lese de hver for seg flere ganger. Jeg benyttet meg av ulike lesestrategier som skumlesing, målrettet lesing og reflekterende lesning. Med skumlesing får man en oversikt over hva artikkelen handler om (Thidemann, 2015) Målrettet

lesing er når man leter etter spesifikke ord eller uttrykk i teksten. Med reflekterende lesing studeres teksten grundig og systematisk, hele tiden med problemstillingen i tankene.

(Thidemann, 2015). Jeg lagde oversiktlige litteraturmatriser der jeg presenterte en og en artikkel. På denne måten fikk jeg frem metode, hensikt og hovedresultat fra hver artikkel.

Før jeg startet med den reflekterende lesingen oversatte jeg artiklene, da alle var på engelsk. Jeg skrev ut original artiklene og de oversatte artiklene, og brukte markeringstusjer i ulike farger for å identifisere ulike temaer. Videre skrev jeg ned stikkord fra resultatdelene til alle artiklene. Disse sorterte jeg så ved hjelp av markeringstusjer i ulike farger. Deretter sammenfattet jeg resultater basert på temaene i artiklene. Jeg identifiserte fire temaer, som er brukt som overskrift både i resultater og drøfting. Resultater som ikke var relevant for min problemstilling har jeg utelatt. Ved drøfting delte jeg skjermen i to deler, slik at jeg kunne se på sammenfatning av resultater opp mot teorien i bakgrunnskapittelet. På denne måten fikk jeg sammenheng mellom teori og funn. Ifølge Thidemann (2015) vil man ved å systematisk jobbe gjennom teksten gjentatte ganger få mest mulig konkrete temaer.

5. Resultater

Jeg har sammenfattet resultatene fra fem fagfelleverderte studier. Her presenteres resultatene under fire temaer. Resultater som ikke er relevant for min problemstilling er utelatt.

Resultatene presenteres i matriser og utdypes nærmere under.

Artikkel nr.1 Referanse	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 psychosis: Nineteen-year outcomes. <i>Psychiatry research</i> , 270, 168-175.
Hensikt/Problemstilling	Å evaluere de langsiktige resultatene av Åpen Dialog tilnærmingen i behandlingen av første episode med psykose.
Metode	Kvalitativ metode, Kahort studie.
Resultat	Pasienter som ble behandlet med åpen dialog tilnærming hadde færre og kortere sykehusinnleggelses. De hadde også behov for mindre medikamentell behandling med antipsykotika sammenlignet med kontrollgruppen.
Relevans for studien	Nyttig å se langtidseffekten ved åpen dialog tilnærming.

Artikkel nr.2 Referanse	Jacobsen, R. K., Sjørgård, J., Karlsson, B. E., Seikkula, J., & Kim, H. S. (2018). Open Dialogue behind locked doors—exploring the experiences of patients, family members, and professionals with network meetings in a locked psychiatric hospital unit: A qualitative study. <i>Scandinavian Psychologist</i> , 5.
Hensikt/ Problemstilling	Undersøke hvilke forskjeller og likheter som kan identifiseres blant pasienter, familiemedlemmer og behandleres erfaring med åpen dialog i nettverksmøter ved en lukket psykiatrisk enhet.
Metode	Metode: Kvalitativ metode. Resultatene er fra 2 studier. I den første studien ble det utført et semistrukturert fokusgruppe intervju. I den andre studien ble deltagerne bedt om å skrive ned sine erfaringer fra nettverksmøtene.
Resultat	Både pasienter, nettverk og behandlere hadde positive erfaringer med åpen dialog i nettverksmøte. Åpen dialog som tilnærming i nettverksmøter ved lukket avdeling skaper håp til pasienter, nettverk og behandlere. Det skaper også nye perspektiver og bedre samarbeid mellom alle involverte parter.
Relevans for studien	Ved å belyse erfaringer fra pasienter, nettverk og behandlere kan man få et bilde av de ulike erfaringene. Det er mer nyttig enn å bare se på erfaringer fra for eksempel pasienter.

Artikkel Nr. 3 Referanse	Kogstad, R. E., Mønness, E., & Sørensen, T. (2013). Social networks for mental health clients: Resources and solution. <i>Community mental health journal</i> , 49(1), 95-100.
Hensikt/Problemstilling	Undersøke nærmere i hvilken grad sosialt nettverk sørger for hjelp, støtte og recovery. Og hvordan nettverket samhandler med de profesjonelle. Forsknings spørsmål: 1.Hva er sammenhengen mellom nettverk og livsglede. Det vil si i hvilken grad er sosial støtte ikke bare oppmuntrende, men også nyttig når det gjelder å snakke om negative erfaringer? 2. På hvilken måte påvirker ressursene i nettverket forventningene til offentlige tjenester?

	3. På hvilken måte påvirker ressursene i nettverket erfaringene med offentlige tjenester?
Metode	Kvantitativ metode. Spørreundersøkelse av 850 informanter.
Resultat	Personer med sosial støtte i nettverket oppgir å ha det bedre i livet sitt enn personer med svakt eller ingen nettverk. Personer med sosialt støtte i nettverket er mer positive til offentlige tjenester.
Relevans for studien	Studien fokuserer på nettverkets betydning for livskvalitet, recovery og tillit til offentlige tjenester.

Artikkel nr.4 Referanse	Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. <i>Psychotherapy research</i> , 16(02), 214-228.
Hensikt/ Problemstilling	Målet med studien var å analysere resultater av behandling gitt i samme område i Finland, til en gruppe der Åpen Dialog tilnærming ikke var innført, og en gruppe der Åpen Dialog tilnærming var innført. Studien søker svar på om resultatene var de samme eller forbedret med Åpen Dialog tilnærming.
Metode	Kvantitativ dataanalyse
Resultat	Pasienter som hadde Åpen dialog tilnærming som del av sin behandling oppnådde følgende resultater ved oppfølging av studiens slutt: 82 % hadde ingen gjenværende psykotiske symptomer og 86 % hadde kommet tilbake til jobb eller studier. Pasientene hadde også færre tilbakefall enn kontrollgruppen. Periode for ubehandlet psykose var 3,3 måneder for pasienter som hadde Åpen dialog tilnærming som en del av sin behandling, sammenlignet med kontrollgruppe der lengden var 4,2 måneder.
Relevans for studien	Relevant å se på resultater som sammenligner en gruppe som har fått behandling som inkluderer åpen dialog tilnærming, og en som ikke har åpen dialog som del av behandling.

Artikkel nr.5 Referanse	Haram, A., Fosse, R., Jonsbu, E., & Hole, T. (2019). Impact of Psychotherapy in Psychosis: A Retrospective Case Control Study. <i>Frontiers in Psychiatry, 10</i> .
Hensikt/Problemstilling	Undersøke om psykoterapeutisk tilnærming som dialogterapi er assosiert med forbedringer av symptomer og fungerer bedre enn standard psykiatrisk behandling av schizofreni og andre psykoselidelser.
Metode	Kvantitativ metode – kaskontrollstudie.
Resultat	Pasienter som hadde dialogterapi inkludert i behandling av psykoselidelser oppnådde betydelig bedre fungering og betydelig bedring i symptomer sammenlignet med pasienter som fikk standard psykiatrisk behandling.
Relevans for studien	Dialog terapi er en psykoterapeutisk behandling som har mange fellestrekk med åpen dialog tilnærming. Målet med dialog terapi er å gjenopprette helse ved bruk av dialog og samarbeid for å behandle sykdom og styrke pasientens ressurser parallelt. Familieterapi er en del av dialog terapi.

5.1 Sosialt nettverk

Kogstad, Mønness & Sørensen (2013) fant en klar sammenheng mellom nettverk og livskvalitet. De fleste informantene i studien oppga at familie, venner og naboer var kilde til hjelp i vanskelige situasjoner (Kogstad et al., 2013). Studien viste at det å ha et sosialt nettverk fører til at man snakker om de vanskelige tingene (Kogstad et al., 2013). Ved hjelp av nettverksmøter lærer familiene å snakke med hverandre, inkludert vanskelige temaer (Jacobsen, Sørgård, Karlsson, Seikkula & Kim, 2018).

5.2 Sett og hørt

Nettverksmøter beskrives av deltagerne som annerledes enn tradisjonelle møter (Jacobsen et al., 2018) Deltakerne sier at de opplever nettverksmøtene som pasientens møte. Pasientene og familiene fortalte at de følte seg sett og hørt.

En pasient skrev at det var positivt at behandleren snakket direkte til han og hans familie, mens en annen pasient sa at det var veldig viktig for vedkommende å få bestemme hvem som skulle få være med på møtet. Behandlerne opplevde at de fleste deltakerne var mer engasjerte og aktive når de deltok i nettverksmøtene. Dette ga behandlerne et mer nyansert inntrykk av pasientene og deres ressurser. Behandlerne opplevde at alle deltakerne ble holdt ansvarlig for dialogen, på en positiv måte (Jacobsen et al., 2018). I nettverksmøtene må alle samhandle med hverandre, snakke fritt og ta ansvar for dialogen (Jacobsen et al., 2018). Et familiemedlem sa: «Alle har

mulighet til å si det de mener og hva som er viktig for dem» (Jacobsen et al., 2018). (egen oversettelse)

5.3 Medisinering og symptomer.

Pasienter med psykoselidelse som hadde dialogterapi inkludert i behandlingen brukte mindre medisin og færre medikamenter ved oppfølging, sammenlignet med en kontrollgruppe som fikk standard psykiatri behandling (Haram, Fosse, Jonsbu & Hole, 2019).

Studien til Bergstrøm et al. (2018) viste at pasienter som har en tilnærming med åpen dialog som en del av behandlingen bruker mindre medisiner sammenlignet med kontrollgruppen. 36 % av pasientene brukte medisiner som behandling fra åpen dialog gruppen, sammenlignet med 81 % i kontrollgruppen ved studiens siste oppfølging (Bergstrøm et al., 2018). Denne studien hadde en varighet på 19 år. Seikkula et al. (2006) sin studie hadde en varighet på 5 år. Denne studien viste at ved siste oppfølging ble medikamentell behandling med antipsykotika brukt i omtrent like stor grad i gruppen med åpen dialog og kontrollgruppen. Samme studie viste at kontrollgruppen hadde flere symptomer ved to års oppfølging sammenlignet med åpen dialog gruppen. Etter fem år var denne forskjellen borte. Ved bruk av dialogterapi i behandlingen oppnådde pasientene betydelig bedring i symptomer (Haram et al., 2019). Fra å ha svært alvorlige symptomer og være på grensen til psykotisk, til å ha normale, forklarlige symptomer som stemmer overens med omstendighetene (Haram et al., 2019). Ved sammenligning av bruk av lav dose antipsykotika var forskjellen mellom gruppen med dialogterapi og kontrollgruppen stor. Pasientene i kontrollgruppen hadde trappet opp på medisiner mens pasienter i gruppen med dialogterapi hadde trappet betydelig ned. Ved å samle nettverket og inkludere og informere pasientene og familien om behandling som innebærer medisinering og innleggelse følte alle parter seg trygge (Jacobsen et al. 2018).

5.4 Sykehusinnleggelser og tilbakefall

Ved å samle pasienten, familien og behandlerne i nettverksmøtet kan man snakke om hva som har skjedd i behandlingen, samt veien videre. (Jacobsen et al., 2018). Gruppen med åpen dialog hadde færre dager innlagt på sykehus sammenlignet med kontrollgruppen de første to årene av studiens varighet (Seikkula et al. 2006). Ved femårsoppfølgingen var det ingen forskjell på gruppene. I Bergstrøm et al. (2018) sin studie var sykehusbehandling signifikant lavere i åpen dialog gruppen sammenlignet med kontrollgruppen. Dette gjaldt for hele tidsperioden på 19 år. Funksjonsnivået til pasientene behandlet med dialogterapi var betydelig bedret ved oppfølging. Fra å være ute av stand til å fungere på nesten alle områder, til å være godt fungerende (Haram

et al., 2019). Kontrollgruppen hadde også bedring på funksjonsnivå, men de pasientene hadde fortsatt alvorlige vansker med å fungere sosialt, i studier og på jobb (Haram et al., 2019).

Funn av Bergstrøm et al. (2018) viste at flere pasienter fra kontrollgruppen fortsatt var under behandling på psykiatrisk sykehus eller ambulant behandling ved siste oppfølging. Begge studiene (Seikkula et al., 2006), (Bergstrøm et al., 2018) viste at tilbakefall var hyppigere i kontrollgruppene enn i gruppene med åpen dialog.

6. Drøfting

Her følger en drøfting av de fire temaene som bygger på resultatene.

6.1 Sosialt nettverk

Kogstad et al. (2013) fant en klar sammenheng mellom det å ha et sosialt nettverk og livskvalitet. Det kan forklares med at alle mennesker har behov for sosial støtte fra andre for å føle seg akseptert (Snoek & Engedal, 2017). Funnene fra Kogstad et al. (2013) tyder på at pasienter tar kontakt med personer i sitt sosiale nettverk når de har det vanskelig. Familie og venner er personer man har en relasjon til og stoler på, noe som kan gi trygghet (Snoek & Engedal, 2017). Personer i nettverket kjenner pasienten godt og kan fange opp endringer som kan være psykosesymptomer. Et sosialt nettverk kan på denne måten være forebyggende mot nye sykdomsperioder og sykehusinnleggelse (Snoek & Engedal, 2017). Ifølge Jacobsen et al. (2018) lærte familiene å snakke med hverandre ved hjelp av åpen dialog i nettverksmøter.

Kogstad et al. (2013) oppdaget at det er enklere å snakke om vanskelige temaer når man har et sosialt nettverk. Bakgrunnen er at det i en familie er biologiske, sosiale og følelsesmessige bånd (Snoek & Engedal, 2017) Dette stemmer med min erfaring fra praksis. Familier som ikke tidligere har snakket sammen, der noen av deltagerne også var skeptiske til å delta på et nettverksmøte, takket møtelederne på vei ut. Det oppsto noe mellom deltakerne ved at alle fikk høre det samme, og alle fikk bidra med det de hadde på hjertet.

6.2 Sett og hørt

Både pasienter og pårørende følte seg sett og hørt ved hjelp av åpen dialog i nettverksmøtene (Jacobsen et al., 2018). Gjensidighet og likeverdighet mellom deltakerne i et nettverksmøte er viktige prinsipper (Seikkula & Arnkil, 2013). Jeg har selv erfart følelsen av skjevhet i makt og likeverdighet mellom meg som fagperson og pasienter innlagt på psykiatrisk sykehus. Og det er vel ikke med makt tillit skapes? En av deltakerne i studien uttalte: «Som familiemedlem i

møte med fagfolk og behandlere er man sårbar og føler seg som den svakere part av samarbeidet. I nettverksmøter blir man møtt med respekt og en opplevelse av likestilling» (Jacobsen et al., 2018) (egen oversettelse). Mine erfaringer fra praksis bekrefter det samme. Da jeg var i praksis i barnevernet fikk jeg delta på nettverksmøter med åpen dialog. Familier i krise ble samlet for å snakke om vanskelige temaer. Ved å delta i disse samtalene opplevde jeg noe helt nytt, en annen form for møte. Det var ekte og skapte håp. Jeg fikk erfare at pasienter og nettverk sammen fant løsninger ved at de lyttet til hverandre og fikk forståelse. Ved hjelp av nettverket fikk pasienten tilbakemeldinger som økte pasientens selvinnsikt. Ifølge Snoek & Engedal (2017) er selvinnsikt en viktig oppgave innenfor terapi, da psykisk lidelse handler om hvordan pasientens tanker påvirker både seg selv og andre. En positiv ting en pasient i studien til Jacobsen et al. (2018) trakk var at behandleren snakket direkte til han. Altså at han følte seg både sett og hørt. Det har sterk sammenheng med brukermedvirkning, som er viktig i behandling av psykiske lidelser. Pasientene blir på denne måten mer ansvarlig for sine liv (Vigrestad & Hellandshølen, 2012).

Som fagpersoner må vi lene oss litt tilbake og ikke tro at vi har svar på alt. Vi må se pasienten og nettverket rundt som en helhet (Snoek & Engedal, 2017).

Behandlerne i Jacobsen et al. (2018) sin studie fikk et annet syn på pasientene ved å delta i nettverksmøter. De opplevde også at pasienter og personer i nettverket tok ansvar for dialog og var mer selvstendige. Det er sannsynlig at løsninger man kommer fram til gjennom selv å være delaktig betyr mer enn løsning som kommer fra en overlege med hodet ned i journalen.

6.3 Medisinering og symptomer

To studier viste at pasienter som hadde dialogterapi og åpen dialog tilnærming brukte mindre medisiner enn pasienter som fikk standard psykiatrisk behandling (Haram et al., 2019, Bergstrøm et al., 2018). Standard psykiatrisk behandling innebærer medikamentell behandling, skjerming og ulike typer støttende behandling.

Dette kan forklares med at pasienten blir mer ansvarlig ved hjelp av brukermedvirkning gjennom dialog og refleksjon. Ved å høre andre sine tanker og meninger og sammen finne svar kan pasienten føle mestring (Vigrestad & Hellandshølen, 2017). Psykoedukasjon og psykoedukativ familierapi har som mål å lære pasienten og de pårørende å gjenkjenne symptomer og varselsignaler på sykdom. Det er en egen form for behandling (Snoek & Engedal, 2017). Men siden åpen dialog tilnærming og dialogterapi har åpenhet som hovedmål er det sannsynlig at medisinering og symptomer er noe som blir tatt opp i møter og samtaler. På denne

måten vil pasienten ha støtte i nettverket, og føle mestring også på dette området. Det kan tenkes at det bedrer livskvaliteten til pasienten og minsker behovet for medisiner. Det er jo kun symptomene, ikke sykdommen, som blir fjernet av medisinene. Ved å se på psykisk sykdom som sammensatt uten en klar årsak-virkning kan kanskje brukermedvirkning og mestring føre til mindre bruk av medisiner (Snoek & Engedal, 2017)

Seikkula (2006) viste at antipsykotika ble brukt i omtrent like stor grad ved slutten av oppfølging av pasienter som hadde åpen dialog tilnærming sammenlignet med kontrollgruppen. Det er motstridende funn i forhold til Haram et al. (2019) og Bergstrøm et al. (2018). For mange pasienter med psykoselidelser har de kanskje bedre livskvalitet ved hjelp av medisiner som kan dempe angst, tankekaos, vrangforestillinger og depresjon. Så mer medisinbruk trenger ikke nødvendigvis å ha sammenheng med dårligere livskvalitet. Det kan være sannsynlig at medikamentell behandling kan føre til at pasienten har bedre livskvalitet. Snoek og Engedal (2017) hevder at medikamentell behandling sammen med psykoedukativ behandling er det mest optimale for personer med psykoselidelse. Ved hjelp av medisiner kan symptomer bedres slik at pasienten bedre kan nyttiggjøre seg av annen behandling (Snoek & Engedal, 2017). Dette stemmer overens med egne erfaringer fra praksis. Jeg har selv observert og prøvd å få til dialog med personer i psykose gjennom min jobb på psykiatrisk sykehus. Flere av pasientene jeg har møtt har vært så sterkt preget av tvangstanker, tankespinn og angst at det ikke har vært mulig å føre dialog. Jeg har erfart at ved hjelp av medikamentell behandling har symptomene blitt mildere, og pasientene har klart å benytte seg av andre behandlingsformer som miljøterapi.

Funn fra Seikkula et al. (2006) viser at kontrollgruppen hadde flere symptomer til stede sammenlignet med gruppen med åpen dialog ved oppfølging etter to år. Etter fem år var det ingen forskjell mellom gruppene. Det kan tyde på at pasienter med åpen dialog tilnærming inkludert i behandlingen blir raskere friske. Det kan tenkes at åpenhet med nettverket og refleksjon gir selvinnsikt og at dette fører til at pasientene mestrer livet bedre og blir raskere friske (Vigrestad & Hellandshølen, 2012).

Haram et al. (2019) fant at pasienter ved bruk av dialogterapi i behandlingen fikk betydelig bedring i symptomer og funksjonsevne. Det er sannsynlig at pasientene fikk endret selvbilde og tanker om seg selv. Siden familiefokus også er viktig i dialogterapi kan det tenkes at pasientene fikk støtte fra sine familier. Ved refleksjon og indre dialog oppstår ny forståelse og kunnskap (Seikkula, 2012).

6.4 Sykehusinnleggelse og tilbakefall

To studier (Seikkula et al., 2006, Bergstrøm et al., 2018) fant at pasienter som hadde åpen dialog tilnærming inkludert i behandlingen hadde færre dager på sykehus enn kontrollgruppene. I Seikkula et al. (2006) sin studie var det ingen forskjell mellom åpen dialog og kontrollgruppe etter fem år. Dette kan tolkes som at pasienter med åpen dialog tilnærming inkludert i behandlingen blir raskere friske. Det kan forklares med at pasientene mestrer livet og opplever å ha bedre livskvalitet ved hjelp av samtaler og støtte fra nettverket. Det at personer som står pasienten nære er deltagende på nettverksmøter kan føre til at ressursene i nettverket blir brukt på en bedre måte. Åpenhet kan hjelpe familiene til å snakke sammen om det som er viktig for dem og nettverket kan være til støtte (Seikkula & Arnkil, 2013). Det er sannsynlig at de fleste forbinder god livskvalitet med å ikke være innlagt på sykehus eller ha hyppige tilbakefall i en psykoselidelse. Men å ha følelsen av å mestre egen tilværelse, og ha støtte i nettverket rundt seg. Kanskje kan personer i nettverket også bidra til at pasienter får hjelp og blir innlagt når det er behov for det. Med åpenhet og kunnskap kan det være lettere å oppdage symptomer tidlig. På den måten kan personer i nettverket være med å forebygge innleggelse. For god livskvalitet er vel heller ikke å være psykotisk alene. En psykotisk pasient kan ha godt av å høre andres meninger, som kanskje kan føre til refleksjon. Om ikke akkurat i samme øyeblikk når det er mest kaotisk, men kanskje er det noe som går inn og fører til indre dialog i retning mot ny forståelse. Seikkula & Arnkil (2013) mener at psykotiske symptomer kan være et språk på noe som ikke er bearbeidet. Hvis vi lytter kan vi kanskje prøve å finne mening, sammen. Min erfaring fra praksis på psykiatrisk sykehus støtter dette. En psykotisk pasient kan være utfordrende å forstå. Men det er likevel viktig å lytte for å prøve å forstå det uforståelige. På den måten vil tillit bygges.

7. Metodiske overveielser.

Jeg har brukt god tid på å lese igjennom de fem utvalgte artiklene. Likevel kan det ikke garanteres for at det er helt korrekt oversettelse, da ingen av artiklene er skrevet på mitt morsmål.

Artikkelen av Jacobsen et al. (2018) benytter kvalitativ metode. Studien utgjorde fem pasienter, seks familiemedlemmer og fem behandlere. Det kan stilles spørsmål til om studien omfatter et for lite utvalg til å si noe om dette er representativt i befolkningen. På den andre siden har det

blitt stilt åpne spørsmål og deltakerne har skrevet ned sine egne meninger og erfaringer fritt. Dette fører til at man får med alle nyansene.

De fire andre artiklene har benyttet kvantitativ metode. Bergstrøm et al. (2018), Seikkula et al. (2006), Haram et al. (2019) og Kogstad et al. (2013).

Bergstrøm et al. (2018), Seikkula et al. (2006) og Haram et al. (2019) har studert forskningsprosjekt over en lengre periode. Målet med studiene har vært å sammenligne resultater med kontrollgrupper. Dalland (2017) skriver at i en kvantitativ metode er man mest opptatt av resultater. Ifølge Thidemann (2015) er kvantitativ metode basert på den forklarende kunnskapstradisjonen og kan være nyttig for å finne svar på om noe er mer effektivt enn noe annet, men ikke hvorfor. Da må man benytte kvalitativ metode (Thidemann, 2015).

Kogstad et al. (2013) sin studie er utført i samarbeid med Mental Helse Norge, i.e. den største brukerorganisasjonen i Norge. Det var 850 deltakere i studien som svarte på spørreskjema. Det i seg selv er et stort antall deltagere. Men tatt i betraktning at 4000 ble invitert til å delta, kan det stilles spørsmål til om deltakerne hadde til felles at de hadde positive opplevelser og hadde færre symptomer da de valgte å bli med i studien. Likevel er denne studien viktig, da den sier noe om erfaringene til 850 personer, som er et så stort antall at det kan antas å være representativt for befolkningen.

Kvantitativ metode bygger på den humanvitenskapelige, forstående kunnskapstradisjonen (Thidemann, 2015) Med kvalitativ metode er målet og finne ut hvorfor noen opplever noe, eller hvordan noen opplever noe, altså finne meningssammenheng.

Ved å bruke artikler med ulike metoder kan det være vanskelig å sammenligne resultatene. Funn etter kvantitativ metode presenteres i tabeller og er mer håndfaste og målbare. Funn i kvalitative studier har større nyanser. Likevel mener jeg at ved å kombinere kvantitativ og kvalitativ metode har det bidratt til mer dybde og helhet for å svare på min problemstilling

Konklusjon

Hvordan kan åpen dialog og sosialt nettverk føre til bedre livskvalitet for pasienter med psykoselidelser?

Jeg har identifisert fire hovedtemaer som kan føre til bedre livskvalitet for personer med psykoselidelser. Sosialt nettverk, sett og hørt, medisiner og symptomer, og sykehusinnleggelse og tilbakefall.

Åpenhet og tillit går igjen i alle temaene.

Åpen dialog og sosialt nettverk kan føre til bedre livskvalitet for personer med psykoselidelser ved at man er deltakende og opplever støtte i behandlingen og i etterkant. Ved hjelp av åpenhet og dialog får pasienter og pårørende hjelp til å finne løsninger sammen. Dette gjør at pasienter med psykoselidelser føler på håp og mestring, noe som vil være med på å øke livskvaliteten.

Ved hjelp av åpenhet og dialog får både pasienter og personer i det sosiale nettverket forståelse og ny kunnskap. Åpne samtaler med pasienten i fokus fører til refleksjon og løsninger som skapes sammen. Ved at behandlingen baseres på pasientens egne valg bidrar denne metoden til brukermedvirkning. Dette kan bidra til økt mestring og bedre livskvalitet for personer med psykoselidelser.

Refleksjon sammen med personer i nettverket man har en relasjon til og fagfolk som har kunnskap skaper felles forståelse som gir ny kunnskap for alle parter.

Mange pårørende ønsker å være til støtte og hjelp, men mangler kunnskap. Det er derfor viktig at pårørende blir delaktig i behandlingen. Personer i det sosiale nettverket kjenner pasienten og kan bidra til forebygging av nye sykdomsperioder. Ressursene til det sosiale nettverket utnyttes ved at de får være delaktige i pasientens behandling. Hvis de pårørende ikke blir involvert eller ikke har kunnskap nok kan det føre til at relasjoner i det sosiale nettverket brytes ned istedenfor å bygges opp. Involvering og oppfølging er derfor viktig.

Ut ifra denne studien kan det konkluderes med at sosialt nettverk bør inkluderes i større grad i behandlingen for personer med psykoselidelser. Færre tilbakefall, færre døgn på sykehus, og pasient og nettverk i fokus skaper håp og mestring av eget liv. Det vil gi pasienter med psykoselidelser bedre livskvalitet.

Det er behov for mer forskning på dette området, og det er behov for implementering av åpen dialog tilnærming ved psykiatriske sykehus over hele landet.

Dette temaet har vært lærerikt og interessant å fordype seg i, og jeg vil ta med meg ny kunnskap inn i arbeidslivet. Som vernepleier er jeg en viktig støttespiller som samarbeider med pasienter, pårørende og behandlere. Med fokus på brukermedvirkning og pasientens sosiale nettverk som støtte vil pasienter med psykoselidelser oppnå bedre livskvalitet.

9. Relevans for andre yrkesgrupper og pasientgrupper

Jeg har i denne studien inkludert psykoselidelser. Studien vil være aktuell for andre brukergrupper og andre yrkesgrupper. Jeg er kjent med at åpen dialog i nettverksmøter brukes i barnevernsarbeid. Den relasjonelle tilnærmingen vil være nyttig for alle innenfor helse og sosialfag sektoren som arbeider med mennesker med store og sammensatte vansker.

Litteraturliste:

Aadland, E. (2011) *Og eg ser på deg ... - Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. (3. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

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 psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry research*, 270, 168-175.

Haram, A., Fosse, R., Jonsbu, E., & Hole, T. (2019). Impact of Psychotherapy in Psychosis: A Retrospective Case Control Study. *Frontiers in Psychiatry*, 10.

Hem, E. (2013). Pasient, klient, bruker eller kunde. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 08, 13.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Oslo: Gyldendal.

Eliassen, H. & Seikkula, J (red.) (2006) *Reflekterende prosesser i praksis. Klientsamtaler, veiledning, konsultasjon og forskning*. Oslo; Universitetsforlaget

Fyrand, L. (2016). *Sosialt nettverk. Teori og praksis*. (3.utg.) Oslo, Universitetsforlaget.

Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

Helsedirektoratet (2013). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Nasjonale faglige retningslinjer*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parendeveileder/om-veilederen> Hentet 24.04.19

Jacobsen, R. K., Sørård, J., Karlsson, B. E., Seikkula, J., & Kim, H. S. (2018). Open Dialogue behind locked doors—exploring the experiences of patients, family members, and professionals with network meetings in a locked psychiatric hospital unit: A qualitative study. *Scandinavian Psychologist*, 5.

Karlsson, B. & Borg, M. (2015) *Psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kogstad, R. E., Mönness, E., & Sörensen, T. (2013). Social networks for mental health clients: Resources and solution. *Community mental health journal*, 49(1), 95-100.

Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy research*, 16(02), 214-228.

Lov om pasient- og brukerrettigheter. (2018) LOV-1999-07-02-63 hentet fra:
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-3>

Reinertsen, S. (2019) *Sosiale nettverk er viktig!* Hentet fra:

<https://www.napha.no/content/14766/Sosiale-nettverk-er-avgjorende>

Nordlund, I., Thronsen, A. & Linde, S. (2015). *Innføring i vernepleie. Kunnskapsbasert praksis. Grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo: Universitetsforlaget.

Næss, S., Mastekaasa, A., Moum, T. & Sørensen, T. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære*. Norwegian Social Research (NOVA), Oslo.

Helse og omsorgsdepartementet (2017) *Psykisk helse og livskvalitet*. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/psykisk-helse-og-livskvalitet/id2544452/>

Snoek, J.E. & Engedal, K.(2017) *Psykiatrici for helse og sosialfagutdanningene* (4.utg) Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Seikkula, J. (2012) *Åpne samtaler* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Seikkula, J. & Arnkil, T.E. (2013). *Åpen dialog i relasjonell praksis. Respekt for annerledeshet i øyeblikket*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Thidemann, I.J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vigrestad, T. & Hellandshølen, A.M. (2012). *Åpne samtaler i nettverksmøter. En veileder*. Oslo: Universitetsforlaget.