

Stine Holmstul Olsen

Nettverksmøter

**– En analyse av effekten av nettverksmøter ved Akershus
universitetssykehus (Ahus).**

Masteroppgave i kultur-, sosial- og samfunnspsykologi.

Hovedveileder: Hroar Klempe

Trondheim 2012

Psykologisk institutt

NTNU

Forord

Med denne masteroppgaven avslutter jeg min mastergrad i kultur-, sosial- og samfunnspsykologi ved NTNU. I den forbindelse er det flere som fortjener en takk.

For det første vil jeg takke de to veilederne jeg har hatt undervis i arbeidet med denne avhandlingen. En stor takk rettes derfor til Hroar Klempe for gode samtaler, tilbakemeldinger og veiledning i de avsluttende delene. En stor takk går også til Arnulf Kolstad for hans hjelp i utforming av problemstilling og igangsetting av forskningen.

En takk går også til Ulla Rosengren som gjennomfører nettverksmøter på Akershus universitetssykehus, og som har vært brennende opptatt av dette temaet. Hun har vært svært inkluderende fra første stund, og har vært suveren å samarbeide med.

En flott klasse har gjort de lange dagene på lesesalen til en uforglemmelig tid. De fortjener en stor takk for gode samtaler underveis i prosjektet, for støttende ord når frustrasjonen har tatt overhånd, for motiverende kaffepauser og et upåklagelig humør.

Familien fortjener også en takk. Både min mor og stefar fortjener en takk for gjennomlesning av hva min mor kaller ”den ekstremt lange oppgaven”.

Sist, men ikke minst, vil jeg takke alle informantene som åpnet sine dører og nettverksmøter for meg, og gjorde det mulig å gjennomføre denne studien.

Stine Holmstul Olsen

Trondheim, desember 2012.

Sammendrag

Hensikten med denne avhandlingen var å undersøke hvorvidt nettverksmøter som intervensjon hadde noen effekt på pasienter med lettere psykiske lidelser og deres sosiale nettverk. Siden 2005 har Akershus universitetssykehus benyttet seg av nettverksmøter som en intervensjon for å mobilisere det sosiale nettverket til psykiatripasienter. I løpet av denne perioden, har det ikke eksistert en grundig gjennomgang av de mulige positive effektene av disse nettverksmøtene. Denne studien har sett på hvorvidt nettverksmøter fører til eventuelle endringer eller forbedringer, sett fra både pasientene og deres pårørendes perspektiv.

Studien er basert på dybdeintervjuer av ni personer. Fire av disse var pasienter som holdt nettverksmøte, mens fem har vært pårørende (enten mor eller far). Pasient og pårørende ble intervjuet én gang, og det ble foretatt observasjoner av nettverksmøtene til to av pasientene som ble intervjuet. Det ble i alt gjennomført tre observasjoner. Analysen er gjennomført ved bruk av interpretative phenomenological analysis (IPA).

Bakgrunnen for denne studien ble først gjennomgått, etterfulgt av avhandlingens problemstillinger og oppbygning. I teoridelen av avhandlingen ble blant annet begrepene sosialt nettverk og sosial støtte redegjort for, samt sammenhengen mellom psykisk helse og et velfungerende sosialt nettverk. Buffermodellen ble deretter lagt som grunnlag for å kunne forklare eventuelle endringer som følge av nettverksmøtene. Her ble også sosial ønskelighet, self-presentation og posisjoneringsteori trukket frem. Videre ble det klargjort hva som er målsettingen med nettverksmøtene, og her ble også modeller bak nettverksmøtene gjennomgått; med hovedvekt på Holyoke-teamets tre-fase-modell. Hvordan nettverksmøtene gjennomføres ved Akershus universitetssykehus, samt intervensjonens bakgrunn i teorien til Seikkula om åpen dialog og Andersen sin teori om reflekterende prosesser ble deretter gjennomgått.

I metodedelen av denne avhandlingen, ble blant annet forskningsdesign og gjennomføringen av intervjuene gjennomgått. I analysedelen ble forskningsgrunnlaget gjort rede for, med vekt på fortolkende og hermeneutisk fenomenologi og IPA. Her ble også de forskningsetiske overveielserne gjennomgått.

Resultatene var positive både for pasientene og de pårørende som var med i denne studien. Hos pasientene kom det blant annet frem at de syntes det hadde blitt lettere å be om hjelp og støtte etter at de ble med på nettverksmøtene, at de opplevde mindre sykdomssymptomer i forhold til for et år siden, og at pasient og pårørende forstår hverandre bedre. Hos de pårørende ble bedre kommunikasjon, et forbedret forhold til pasienten, og at de

ikke opplevde det som en byrde å være med på nettverksmøtene trukket frem som positive effekter av deres deltagelse på nettverksmøtene. Det bør også nevnes at ingen av informantene i denne studien hadde noen nevneverdige negative erfaringer knyttet til sin deltagelse på nettverksmøtene.

I diskusjonsdelen av denne avhandlingen ble hypotesene gjennomgått. Deretter ble resultatene i denne studien trukket i sammenheng med teoriene som hadde blitt gjennomgått tidligere i avhandlingen. Videre ble begrensninger ved denne studien redegjort for, og her ble blant annet tematikken rundt mangelen på en homogen gruppe og utenforstående elementer som kan ha ført til de positive resultatene trukket frem som eksempler på dette. Avslutningsvis ble mulig videre forskning gjennomgått, med hovedvekt på å sortere ut de særegne elementene ved nettverksmøter.

Innholdsfortegnelse

Forord	ii
Sammendrag	iii
Kapittel 1	1
1.1. Bakgrunn for studien	1
1.2. Problemstillinger	3
1.3. Avhandlingens oppbygning	4
Kapittel 2	5
2.0. Teori	5
2.1. Sosiale nettverk	5
2.1.1. Grupper	6
2.2. Sosial støtte	6
2.2.1. Buffermodellen og hovedeffektmodellen	9
2.3. Sosial ønskelighet og self-presentation	10
2.4. Posisjoneringssteori	11
2.5. Nettverksmøter	12
2.5.1. Modeller bak nettverksmøtene	14
2.5.2. Møteledernes oppgave og varighet av møtene	15
2.5.3. Problemer ved nettverksmøter	16
2.5.4. Nettverksmøter ved Ahus	16
2.6. Åpen dialog	17
2.6.1. Opprettelsen av åpen dialog	17
2.6.2. Hvordan åpen dialog fungerer i praksis; behandlingsmøtene	18
2.7. Reflekterende prosesser	20
2.7.1. Reflekterende team	20
2.8. Nettverksmøter ved Ahus i forhold til åpen dialog og reflekterende prosesser	22

Kapittel 3	23
3.0. Metode	23
3.1. Forskningsdesign og datamateriale	24
3.1.1. Observasjon	24
3.2. Utvalg og datainnsamling.....	25
3.2.1. Kjønnforskjeller i utvalget	26
3.3. Intervjuguide og gjennomføring av intervjuene.....	26
3.4. Analyse.....	27
3.4.1. Fenomenologisk psykologi og fenomenologisk filosofi	28
3.4.2. Fortolkende og hermeneutisk fenomenologi	30
3.4.3. IPA.....	33
3.5. Forskningsetiske overveielser	34
Kapittel 4	37
4.0. Resultater	37
4.1. Pasientene.....	37
4.1.1. Bakgrunnsinformasjon	37
4.1.2. Nettverksmøtene.....	38
4.1.3. Det sosiale nettverket	41
4.1.4. Opplevelsen av nettverksmøtene	44
4.2. Pårørende.....	47
4.2.1. Før nettverksmøtene	47
4.2.2. Opplevelsen av nettverksmøtene	50
Kapittel 5	57
5.0. Diskusjon	57
5.1. Resultater og hypoteser	57
5.2. Relevante teorier	60
5.2.1. Buffermodellen og tre-fase-modellen.....	61

5.2.2. Andre relevante teorier	64
5.3. Begrensninger ved studien	66
5.4. Videre forskning.....	70
5.5. Avslutning	72
Referanseliste	75
Appendiks.....	

Det blir ofte sagt at mennesker er sosiale vesener. Dette manifesterer seg blant annet i menneskers behov for sosial kontakt. Å være en del av sosiale grupper er en viktig forutsetning for mennesker, og har bidratt til både kulturell og teknologisk fremgang, sikkerhet, trivsel, og individuell velvære (Baumeister, Twenge, & Nuss, 2002). Som en videreføring av dette har det gjentatte ganger gjennom de senere årene blitt forsket på betydningen av å ha et sosialt nettverk når man opplever å bli psykisk eller fysisk syk. Dette kommer frem i blant annet studier gjennomført av Granerud og Severinsson (2006), som hevder at arbeid innenfor mental helse i moderne samfunn legger vekt på sosial integrering som en viktig del av forbedring av mental helse. Tidligere forskning viser også at det sosiale nettverket og pasienten har en tendens til å trekke seg tilbake eller gå i oppløsning som følge av både somatiske og psykiske lidelser hos noen i det sosiale nettverket (Fyrand, 2005). Det er allikevel svært få studier som har undersøkt hvordan man kan beholde sitt sosiale nettverk når man blir psykisk eller fysisk syk, og det er mangel på forskning innenfor dette feltet som ble utgangspunktet for denne avhandlingen. Innenfor temaet nettverksintervensjoner, er det fortsatt store hull i forhold til kunnskapsmangler på dette feltet. Da det som tidligere nevnt er svært få studier som er gjennomført på dette feltet, er det også naturlig at det mangler utfyllende kunnskap. Denne manglende kunnskapen strekker seg over både empiri, teori og samspill med samfunnet rundt (ibid, 2005). Denne avhandlingen har hatt som mål å undersøke hvorvidt nettverksmøter som intervensjon kan være med på å mobilisere det sosiale nettverket til pasienter med lettere psykiske lidelser.

1.1. Bakgrunn for studien

Gjennom denne avhandlingen har målet vært å undersøke hvorvidt nettverksmøter, som en intervensjon for å mobilisere og aktivere det sosiale nettverket til en person med psykiske lidelser, kan føre til at pasienten beholder eller forbedrer forholdet til sitt sosiale nettverk. Målet har også vært å undersøke hvilke mulige effekter disse nettverksmøtene har for pårørende til psykiatripasientene. Nettverksmøter er kort fortalt en behandlingsmetode som har som mål å mobilisere det sosiale nettverket til personer med psykiske lidelser, og intervensjonen har vært brukt på Akershus universitetssykehus (vil fra nå bli omtalt som Ahus) i Oslo, Norge, siden 2005. Nettverksmøtene gjennomføres ved at pasienten og hans/hennes nærmeste nettverk samles for å snakke åpent om hvordan de opplever hverdagen og eventuelle problemer de ønsker å ta tak i. Nettverksmøter er en forholdsvis ny

behandlingsform for denne pasientgruppen og det er få empiriske studier av effekt og utfall. En nærmere gjennomgang av nettverksmøter kommer senere i denne avhandlingen.

Denne avhandlingen vil ta utgangspunkt i betydningen av sosialt nettverk mer generelt, slik det er fremstilt i sosialpsykologien. Denne kunnskapen vil bli anvendt for å få en bedre forståelse av hvilke effekter nettverksmøtene kan ha, både i forhold til å styrke det sosiale nettverket til pasientene, og for deres pårørende.

Gjentatte studier har påvist betydningen av å ha et nært og stabilt sosialt nettverk, enten man har et fysisk eller psykisk problem. Mengden informasjon pårørende er i besittelse av, kan også være av betydning i forhold til hvordan de opplever og takler situasjonen de er i:

”God informasjon til den pårørende kan gjøre livet lettere og sykdommen enklere å takle både for den som har fått en psykisk lidelse, og for den pårørende. I dag er det stor variasjon for hvordan pårørende blir ivaretatt. Noen blir sett og får informasjon, andre ikke. Pårørende trenger informasjon for lettere å kunne være en god pårørende. Den pårørende er viktig i forhold til den som er syk, og bør inkluderes så langt det er mulig, uansett om vedkommende er barn eller voksen. Informasjon og økt kunnskap om sykdommen kan gi trygghet. Det kan hindre frustrasjon og uforstand, for når en vet hva det dreier seg om, trenger en ikke bekymre seg unødig.”

Jensen 2007:149.

Med utgangspunkt i blant annet dette, har målet med denne studien vært å undersøke effekten av nettverksmøtene som gjennomføres ved Ahus. Å mobilisere det sosiale nettverket med dets mulighet for å tilby hjelp og støtte blir betraktet som viktig i samfunnsorientert og sosialt intervensjonsarbeid (Hernandès-Plaza, Alonso-Morillejo, & Pozo-Muñoz, 2006), og benyttes i dag overfor et bredt spekter av målgrupper. Nettverksmøter er et slikt redskap som kan bedre livssituasjonen for mennesker som sliter med psykiske helseproblemer, ensomhet og isolasjon. Dersom nettverket mobiliserer ressurser, kan også noen av sykdommens problemer reduseres og kompenseres (Fyrand, 2005). Det har, til tross for kunnskapen om den sosiale støttenes betydning for psykisk helse, ikke vært noen sterk tradisjon for å mobilisere og trekke veksler på pasientenes sosiale nettverk.

1.2. Problemstillinger

Jaakko Seikkula sin teori om åpen dialog (Seikkula, 1994) og teorien til Tom Andersen (1994) om reflekterende prosesser er noen av teoriene som er relevante for mine problemstillinger. Tidligere forskning har vist ulike positive effekter gjennom bruk av åpen dialog, spesielt med psykotiske pasienter. En studie gjennomført av Seikkula et al. (2003) viste blant annet at psykotiske pasienter som brukte åpen dialog hadde færre tilbakefall, hadde bedre yrkesforhold (employment status) og færre psykotiske symptomer enn kontrollgruppen i studien. Selv om Seikkula sin teori i hovedsak gjelder for mennesker med alvorlige psykiske lidelser som psykoser eller som er i andre psykiatriske kriser (Seikkula, Arnkil, & Eriksson, 2003), brukes hans fremgangsmåte også overfor pasienter som har lettere psykiske lidelser og psykologiske problemer, som angst eller depresjon. Det er disse sistnevnte pasientene denne avhandlingen vil fokusere på.

Det har som nevnt tidligere vært mindre oppmerksomhet rettet mot å utforske hvilke mulige effekter nettverksmøter kan ha for pasienter og deres sosiale nettverk. Fokuset for denne kvalitative studien blir for det ene å undersøke hvordan hovedpersonene opplever å delta på nettverksmøtene. For det andre er målsettingen å utforske om nettverksmøtene har en positiv effekt på forholdet mellom pasientene og deres pårørende. De som gjennomfører nettverksmøter som et terapeutisk tiltak ved Ahus hevder at metoden har en positiv effekt på både pasientens mentale tilstand og hans/hennes sosiale nettverk. Det finnes i midlertid lite forskning i Norge som har undersøkt hvorvidt nettverksmøtene faktisk har noen effekt, enten på kort eller lang sikt. Johansen (2011) har gjennomført en studie som omhandlet nettverksråd sin effekt hos sosialklienter, og denne forskningen har blitt brukt som utgangspunkt for problemstillingene i denne avhandlingen. Følgende problemstillinger blir derfor undersøkt i denne studien; (a) Hvordan opplever pasienter med lettere psykiske lidelser (som for eksempel angst og depresjon) å delta på et tiltak som mobiliserer det private nettverket? (b) Hvilke endringer eller resultater gir nettverksmøtene ifølge pasientene og deres pårørende? (c) Opplever pårørende det som en byrde å være deltager på nettverksmøtene?

Som forskningsgrunnlag for denne avhandlingen har det blitt innhentet empiriske data som omhandler eventuelle effekter av nettverksmøter som er gjennomført ved Ahus. Det har blitt brukt en kvalitativ tilnærming med bruk av både intervju og observasjon, hvor intervjuene har hatt som hovedformål å innhente informasjon, mens observasjonene har blitt gjennomført for å få en bedre forståelse av hvordan nettverksmøtene gjennomføres i praksis. Fire pasienter og fem av deres pårørende ble intervjuet. De pårørende var enten mor eller far

til pasienten. For å kunne besvare hypotesene i denne avhandlingen, ble pasientene spurt om spørsmål som omhandlet deres sosiale nettverk, bakgrunnsinformasjon og om deres tanker før, under og etter nettverksmøtene. De pårørende ble spurt om bakgrunnsinformasjon, deres tanker om nettverksmøtene, samt deres opplevelse av nettverksmøtene. Det har blitt gjennomført tre observasjoner av nettverksmøter hos to pasienter, i ulike stadier. Pasientene ble valgt ut i samarbeid med ansatte på Ahus. En grundigere gjennomgang av metodevalg og gjennomføring av studien kommer i metodedelen av denne avhandlingen.

1.3. Avhandlingens oppbygning

Når det gjelder disponeringen av denne avhandlingen, vil den begynne med en gjennomgang av relevante teorier innenfor dette feltet. I teoridelen vil sosiale nettverk, sosial støtte og dens funksjoner, buffermodellen og hovedeffektmodellen til Cohen og Wills (1985), sosial ønskelighet, self-presentation og posisjoneringsteori bli gjennomgått. Her vil det også bli gjort en redegjørelse av nettverksmøter som metode for å aktivere og mobilisere det sosiale nettverket til pasienten, også med henblikk på hvordan nettverksmøtene gjennomføres på Ahus. Dette blir etterfulgt av Seikkula sin teori om åpen dialog og Andersen sin teori om reflekterende prosesser. Videre vil gjennomførelsen av nettverksmøter ved Ahus i forhold til åpen dialog og reflekterende prosesser bli redegjort for. I metodedelen vil forskningsdesign, datamateriale, observasjon, utvalg, intervjuguide, og analyse bli gjennomgått. Analysedelen vil fokusere på fortolkende og hermeneutisk fenomenologi og interpretative phenomenological analysis (IPA). Her vil også de forskningsetiske overveielser bli gjort rede for. Etter dette følger resultatdelen, hvor det blir gjort en gjennomgang av intervjuene og resultatene av disse i forhold til både pasienter og pårørende. Sist følger diskusjonen som vil gjøre rede for resultater og hypoteser i forhold til teoriene som er fremsatt i denne avhandlingen. Diskusjonsdelen vil også inneholde begrensninger ved studien samt forslag til videre forskning. Da litteraturen på dette feltet skifter mellom betegnelsene bruker, pasient og klient, vil både betegnelsen pasient og klient bli brukt i denne avhandlingen.

2.0. Teori

2.1 Sosiale nettverk

Sosiale nettverk er de sosiale strukturene vi inngår i, og kan defineres som ”uformelle relasjoner mellom mennesker som samhandler mer eller mindre regelmessig med hverandre” (Finset, 1986:13). Sosialt nettverk som begrep og fagperspektiv tilhører det sosialvitenskapelige fagområdet, og har historiske røtter i hovedsakelig tre faglige kilder; (a) felt-/gruppe- og sosiometrisk teori og metode i 1920- og 30-årene, hvor ideen om nettverk ble brukt til å undersøke sosial interaksjon, (b) det matematiske og grafiske teoriorienterte (graph theory) fagperspektivet, hvor fokuset på matematikk førte til en endring i studiet av relasjoner i gruppe fra ren beskrivelse til analyse, og (3) det antropologiske feltarbeidets fagperspektiv på 1920-tallet (Fyrand, 2005; Kilduff & Tsai, 2003). Grunnet begrensninger i omfang vil denne avhandlingen kun fokusere på psykologiens definisjon av begrepet sosialt nettverk.

Finset (1986) hevder at et sosialt nettverk består av uformelle relasjoner mellom mennesker som samhandler mer eller mindre regelmessig med hverandre. Fyrand har tonet ned betydningen av varighet i sin definisjon, ettersom hun mener at både kortvarige og langvarige forhold kan representere viktige ressurser. Ifølge Fyrand (2005) kan man oppsummere sosiale nettverk som forhold mellom mennesker og samhandlingen mellom dem. Fyrand velger videre å fremheve tre aspekter ved begrepet; (a) sosial samhandling, som kjennetegnes ved gjensidig handling mellom mennesker, (b) sosiale relasjoner, som er et uttrykk som benyttes når samhandlingen mellom partene får en viss varighet, stabilitet eller regelmessighet, og (c) uformelle strukturer, som betyr at samhandlingen skjer i den uformelle strukturen mellom mennesker, for eksempel i familielivet, blant venner, mellom naboer og så videre. I nettverksmøter kartlegges ofte individets sosiale nettverk på en systematisk måte. Forhold som størrelse på nettverket, hvilke medlemmer man har i nettverket, hvordan sammensetningen er, og hvilke bånd som eksisterer mellom medlemmene er blant noen av forholdene som kan analyseres. Man kan også analysere tetthet (om alle i nettverket kjenner hverandre eller om få kjenner hverandre) og varighet (hvor lenge man har kjent hverandre) (Fyrand, 2005).

Innenfor behandlingsprofesjoner blir betegnelsen sosialt nettverk gjerne definert som en gruppe av mennesker, for eksempel en klient, den umiddelbare familien, den utvidede familien, og andre støttende sosiale relasjoner. I denne sistnevnte kategorien kommer blant annet naboer, kollegaer og venner inn. Også tjenesteleverandører og personer som klienten er tilknyttet på et mer profesjonelt nivå, som omsorgspersoner, kirke og skole, er også en del av

nettverket (Halevy-Martini, Hemley-Van der Velden, Ruhf, & Schoenfeld, 1984).

2.1.1. Grupper

Gruppen blir av Fyrand (2005) definert som et sosialt system som består av flere sosiale relasjoner som er avgrenset i forhold til omverdenen. Det finnes mange ulike typer grupper, og i denne avhandlingen fokuseres det særlig på primærgrupper og sekundærgrupper.

Primærgruppen består av familie og nære venner. Denne er kjennetegnet ved at gruppen er relativt liten, og at kontakten mellom nettverksmedlemmene er hyppig og har vart over lang tid. Primærgruppens hovedfunksjon er å dekke følelsesmessige behov, omsorgsbehov og sosiale behov. Da disse kontaktene betyr mye for medlemmene av gruppen, kan det til tider oppstå interessenemotsetninger som fører til konflikter. Sekundærgruppen er de mer perifere kontaktene, som kollegaer, naboer og liknende. Denne gruppen er kjennetegnet ved større utskiftning, at de er en større gruppe, og at de har sjeldnere kontakt. Sekundærgruppen er mer oppgave- og saksorientert enn primærgruppen. En sekundærgruppe kan over tid utvikle trekk som ligner på primærgruppen. De ulike gruppene vi er en del av utfyller hverandre, samtidig som de står i forhold til hverandre. Mennesker behøver å høre til i både primærgrupper og sekundærgrupper, både for å få tilhørighet til viktige arenaer for samhandling, og for å få dekt både våre egne og andres behov (Fyrand, 2005). En målsetting ved nettverksmøtene kan være å mobilisere sosial støtte fra det eksisterende nettverket, først og fremst primærgruppene, og det er den bevisste aktiveringen av disse nettverksgruppene denne avhandlingen behandler.

2.2. Sosial støtte

Begrepet sosial støtte kan være vanskelig å definere, blant annet fordi begrepet har vært konseptualisert på flere måter (Hogan, Linden, & Najarian, 2002). Selv om mange ulike definisjoner av begrepet har kommet til, vil jeg i denne avhandlingen bruke Cobb sin definisjon, da denne menes å være utfyllende og gi en god oversikt over bredden i begrepet. Ifølge Cobb (1976) er sosial støtte informasjon som faller inn under en eller flere av disse tre gruppene; (a) at personen føler seg elsket og ivaretatt, (b) at personen føler seg "esteemed" og verdsett, og (c) at personen føler at han eller hun hører til et nettverk med gjensidig kommunikasjon og forpliktelse. Sosial støtte blir ofte brukt som en bred definisjon som refererer til enhver prosess der sosiale forhold promoterer helse og velvære (well-being). Andre igjen har en noe snevrere definisjon på begrepet, og forskere vektlegger også ulike

faktorer ved begrepet. Oppfattelsen av å ha *tilgang* på sosial støtte kan for eksempel bli vektlagt. Dette betyr at det ikke kun er den reelle hjelpen eller støtten man får som er viktig, men også vår egen oppfattelse av hvor tilgjengelig denne støtten er hvis vi skulle ha behov for den. Sosial støtte kan også vektlegge ulike prosesser hvor sosiale forhold kan påvirke helse (Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2000).

“It may be that actually received support only indirectly affects outcome measures (such as health) through its impact on perceptions of support. If a person does not perceive support to be available, it is not likely to be helpful or even used.

Furthermore, the supportive behaviors of others might not be viewed as helpful by the individual, or what is offered might not meet the recipient's needs”.

Sarason, Sarason, & Pierce, 1990:137.

Begrepet sosial støtte inneholder flere funksjoner, altså ulike måter støtte kan gis. Tre ulike former som blir hyppig nevnt i litteraturen er emosjonell støtte, instrumentell støtte og informasjon (Johansen, 2011). Johansen nevner også to andre former for sosial støtte; tilhørighetsstøtte (belonging support) og anerkjennende støtte, som i den engelske litteraturen omfatter både appraisal, approval, validation og esteem support. Det bør også nevnes at en annen form for støtte går under betegnelsen negativ støtte (se for eksempel Ray, 1992; Hogan, Linden, & Najarian, 2002). Grunnet begrensninger i denne avhandlingens omfang, vil kun de tre første formene for sosial støtte bli redegjort for, mens negativ støtte vil bli nevnt i diskusjonsdelen av denne avhandlingen.

Emosjonell støtte dreier seg om tilgjengeligheten til en eller flere personer som kan være sympatiske når de lytter til problemene til vedkommende. De skal også kunne sørge for omsorg og aksept for vedkommende. Instrumentell støtte dreier seg om å få praktisk hjelp når det er nødvendig, for eksempel barnepass. Informasjon dreier seg om å komme med kunnskap som er nyttig for å løse problemer. Dette kan for eksempel være å gi råd og veiledning, eller å gi informasjon om for eksempel kommunale ressurser (Johansen, 2011; Wills & Shinar, 2000). Behovet for dette blir ofte assosiert med akutte eller kronisk stressende hendelser som sykdom, avhengighet og ulike hendelser i livet (Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2000). I tillegg vil oppfattelsen av hvor mye støtte som er tilgjengelig, være av stor betydning for en persons helse (Wills & Shinar, 2000).

Det finnes en sammenheng mellom sykdom og sosialt nettverk. Cohen (2004) kom blant annet frem til at sykdom kan være et resultat av et dårlig fungerende nettverk. Dette er

allikevel ikke bare en enveisprosess. Fyrand (2005:89) oppsummerer det slik: "[...] det er en positiv sammenheng mellom alvorlighetsgraden av psykiske lidelser og størrelsen og kvaliteten på pasientens sosiale nettverk". Hun legger også til at langvarige og alvorlige psykiske lidelser kan redusere nettverkets størrelse og kvalitet over tid, noe som igjen kan ha en sykdomsskapende og også vedlikeholde innvirkning på pasientens helse.

Arbeidet med sosiale nettverk skjer på to måter; (a) man prøver å kartlegge og analysere problemer og ressurser i personens sosiale nettverk, og (b) man prøver å vedlikeholde konstruktive og gode relasjoner samtidig som man styrker betingelser for utvikling. I denne sammenheng blir det sosiale nettverket strukturen, mens den sosiale støtten blir innholdet eller funksjonen i nettverket (Fyrand, 2005). Som forskningsbegrep ble sosial støtte sentralt på 1970 og 1980 – tallet (Cohen, Gottlieb, & Underworld, 2000). Gjentatte studier har siden den tid undersøkt forholdet mellom sosial støtte og helse, både når det gjelder psykiske og fysiske lidelser.

Betydningen av det sosiale nettverket for menneskers psykiske og fysiske helse har lenge vært av stor betydning for forskere. Sammenhengen mellom et godt sosialt nettverk og god psykisk helse, har blant annet blitt dokumentert av Cohen, Gottlieb og Underwood (2000). Sammenhengen mellom helse og sosiale nettverk er kompleks, noe som gjør opprettelsen av suksessfulle sosiale intervensjoner vanskelig. Det har vært prøvd ulike intervensjoner som har vært designet for å endre det sosiale miljøet og individets samhandlinger med miljøet. De har vist seg å være suksessfulle ved at man kommer seg fortere fra traumatiske hendelser (Fawzy, et al., 1990), at de har klart å gjøre det letter å skape psykologiske tilpasninger (Andersen, 1992), og at personer med alvorlige kroniske lidelser lever lenger (Spiegel, Bloom, & Kraemer, 1989).

En kronisk sykdom, enten den er somatisk eller psykisk, kan føre til at både klient/pasient og nettverkspersoner trekker seg tilbake så nettverket går i oppløsning. Behovet for hjelp kan hos pasienten bli større enn tidligere, samtidig som belastningen for familie og venner øker. Dersom nettverket mobiliserer ressurser, kan noen av problemene sykdommen fører til kompenseres og reduseres. Nettverkets kvalitet og kvantitet før sykdommen er noe av det som vil ha betydning for hva som vil skje. Andre elementer som kan påvirke, er sykdommens karakter og alvorlighetsgrad, samt pasientens generelle mestringsevne i krisesituasjoner (Fyrand, 2005).

2.2.1. Buffermodellen og hovedeffektmodellen

Cohen og Wills (1985) hevder at den positive korrelasjonen mellom sosial støtte og velvære (well-being) kommer som et resultat av en av to prosesser. Den ene modellen, *buffermodellen*, hevder at støtte kun er relatert til velvære for personer som er under stress. Den alternative modellen forfekter at sosiale ressurser har en fordelaktig effekt uavhengig av om personen er under stress eller ikke. Denne sistnevnte modellen kalles *hovedeffektmodellen* (main-effect model) fordi modellen hevder at det ikke finnes noen interaksjon mellom stress og sosial støtte.

Cohen og Wills (1985) ville gjennom en metaanalyse undersøke om assosiasjonen mellom sosial støtte og velvære (well-being) kunne tillegges en generell fordelaktig effekt ved støtte (hovedeffektmodellen), eller til en prosess der støtte beskytter personen mot potensielle patogene effekter ved stressende hendelser (buffermodellen). Deres analyser viste at begge modellene støttes, men at de fungerte under ulike forutsetninger. Bevis for buffermodellen ble funnet når den sosiale støtten vurderer interpersonlige ressurser som er mottagelige for behovene som blir fremkalt av stressende hendelser. Det ble funnet bevis for buffereffekten av sosial støtte når visse kriterier ble møtt. Disse kriteriene var at: (a) studien må tilfredsstillende noen minimumskrav til metode og statistikk, (b) den sosiale støtten må måles ved å undersøke den oppfattede tilgjengeligheten til det sosiale nettverket (the support instrument must measure perceived availability of a support function or functions). Studier som bruker instrumenter som måler strukturen til det sosiale nettverket, og de som måler graden av hvor mye sosial støtte som har blitt gitt tidligere, har ikke funnet buffereffekter. Og, (c) de støttefunksjonene som blir undersøkt, må være funksjoner som bredt øker nyttige mestringsferdigheter. Denne metaanalysen fant også støtte for hovedeffektmodellen. Bevis for hovedeffektmodellen ble funnet når målingen for støtte vurderer en persons grad av integrasjon i et større sosialt nettverk på samfunnsnivå (communitylevel). Fordelaktige hovedeffekter av støtte som påvirker velvære ble påvist i studier som brukte indekser med sammensatte egenskaper av strukturell støtte (multiple-item structural support indexes). Studier som inneholder dette, støttet imidlertid ikke buffermodellen. Dette viser at det å være omgitt av et sosialt nettverk er fordelaktig for velvære, men ikke nødvendigvis hjelpsomt når man står overfor stressende situasjoner. Disse resultatene kan ifølge Cohen og Wills skyldes enten en mer generell effekt av å ha et sosialt nettverk for følelser av stabilitet, forutsigbarhet og en følelse av selvverd, eller det kan være en effekt av ekstrem isolasjon hos mennesker som har svært få sosiale forbindelser. De konkluderer derfor med at sosial integrasjon

påvirker velvære på måter som ikke nødvendigvis innebærer en forbedret måte å overkomme stressende situasjoner på. Dette funnet støttes av følgende: (a) at korrelasjonen mellom sosial integrasjon og tilgjengeligheten til funksjonell støtte er lav, og (b) at selv om det er tilstrekkelig med en venn for stressbuffering, er ikke dette tilfelle hvis man har mange sosiale kontakter. Med bakgrunn i dette kan man konkludere med at sosial integrasjon og et funksjonelt sosialt støttesystem representerer ulike prosesser som gjør det mulig for sosiale ressurser å påvirke velvære (Cohen & Wills, 1985).

Med utgangspunkt i hva disse to modellene konkluderer med i forhold til betydningen av sosial støtte og en persons velvære, er det mulig å trekke noen slutninger om hvordan disse modellene fungerer i forhold til tematikken i denne avhandlingen. Cohen og Wills (1985) hevder at sosiale nettverk hjelper til med å opprettholde en følelse av stabilitet og velvære uansett om man er i en stressende situasjon eller ikke. Man kan tro at personene som er med på nettverksmøter er i en stressende situasjon, både på grunn av sin egen diagnose, og at deres nærmeste samles for å snakke åpent om hvordan situasjonen de er i oppleves. Det er også naturlig å tro at pasientens nærmeste også er i en stressende situasjon, både fordi de har en nær som er syk, og at de er deltagere på nettverksmøter og deler sine tanker om situasjonen. Ifølge buffermodellen vil det å ha et godt sosialt nettverk ha en positiv effekt på situasjonen pasienten er i. Allikevel kan man spekulere i om det sosiale nettverket har vært optimalt, da pasienten har fått en psykisk lidelse og ville ifølge hovedeffektteorien hatt en bedre motstandsdyktighet for dette med et velfungerende sosialt nettverk. Derimot er det vanskelig å si hva som er årsaken til pasientens lidelse, og jeg vil i denne avhandlingen derfor hevde at bufferteorien er et godt utgangspunkt for å forklare eventuelle forbedringer gjennom bruk av nettverksmøter. Dette blir også underbygd av resultater fra en studie gjennomført av Revenson, Schaffino, Majerovitz og Gibofsky (1991) som viste at positiv støtte fungerer på en stress-bufferende måte.

2.3. Sosial ønskelighet og self-presentation

Sosial ønskelighet er et moment som kan gjøre seg gjeldene i denne avhandlingen. Begrepet sosial ønskelighet viser til en tendens mennesker har til å fordreie selvrapporteringer i en positiv retning. Begrepet viser til tilbøyeligheten et subjekt har til å benekte sosialt uønskelige trekk, og til å påstå sosialt ønskelige trekk. Begrepet viser også til en tendens subjektet har til å si ting som plasserer personen i et gunstig lys (Furnham, 1986; Nederhof, 1985). Innenfor

dette emnet bør også begrepet self-presentation bli nevnt. Self-presentation refererer til menneskers ønske om å presentere et ønskelig bilde av seg selv, både overfor andre mennesker, et eksternt publikum, og overfor seg selv, et internt publikum (Myers, 2008). Disse momentene vil jeg komme tilbake til i diskusjonsdelen av denne avhandlingen.

2.4. Posisjoneringsteori

Posisjoneringsteori er en annen teori som kan være med på å forklare eventuelle effekter i denne studien. Grunnet begrensninger i denne avhandlingens omfang, vil denne teorien kun bli kort gjennomgått.

Harrè, Moghaddam, Cairnie, Rothbart og Sabat (2009) hevder at posisjoneringsteori er opptatt av å avsløre hvordan eksplisitte og implisitte mønster av resonnering kommer til uttrykk i hvordan mennesker handler overfor hverandre. Tan og Moghaddam (1995:387) hevder at:

“Within the persons/conversations referential grid, positioning can be understood as the process by which speakers discursively construct personal stories, affording positions for speakers to take up in relation to each other so that participants' actions are made intelligible and relatively determinate as social acts. In moving from the use of 'role' to 'position' as central organizing concepts of social analysis, the focus of attention shifts from the more ritualistic and formal, to the more dynamic and negotiable, aspects of interpersonal encounters.”

Posisjoneringsteori gir en funksjonell forklaring på mening. Den fokuserer vår oppmerksomhet mot diskursen mellom mennesker, fordi det er i diskursen mennesker skaper og gjenskaper betydninger (Slocum & Lagenhove, 2004). Posisjonering er noe som skjer under en interaksjon, og den kan blant annet være bevisst, utilsiktet eller bli tatt for gitt. Posisjoneringsteori kan brukes for å åpne opp og endre et nært forhold mellom mennesker. Den ser på hva en person ”kan og ikke kan gjøre”. Rettigheter og plikter (rights and duties) er derfor viktige begreper innenfor denne teorien (Harrè, Moghaddam, Cairnie, Rothbart, & Sabat, 2009).

Posisjoner defineres som “[...] clusters of beliefs about how rights and duties are distributed in the course of an episode of personal interaction and the taken-for-granted

practices in which most of these beliefs are concretely realized” (Harrè, Moghaddam, Cairnie, Rothbart & Sabat 2009:9). En lærer har for eksempel med seg ulike rettigheter eller krav til å snakke i en interaksjon. Han/hun gjennomfører også ulike plikter og har ulike forpliktelser som viser forskjeller i makt og autoritet (Bullough & Draper, 2004). Posisjoneringssteori vil bli tatt opp igjen i diskusjonsdelen av denne avhandlingen.

2.5. Nettverksmøter

Da det finnes flere lignende intervensjonsbegreper, kan være nødvendig med en kort avklaring av forskjellene mellom begrepene nettverksmøter og nettverksterapi.

Nettverksterapi, av og til kalt prosessmøter, beskrives som mer prosessorientert enn nettverksmøter. Dette begrunnes i problemets art og alvorlighetsgrad. Når nettverksmøter tas i bruk, er ofte problemet eller problemene mer konkrete, har klarere grenser, er mindre psykologisk orientert, er mer oppgaveorientert og er mer preget av forhandlinger enn nettverksterapi. Nettverksterapi er i større grad rettet mot mer akutte psykologiske og relasjonelle kriser eller problemer. Dette fører til at gruppeprosessen blir mer følelses- og prosessorientert. Allikevel brukes disse begrepene om hverandre, og erfaring viser at de to intervensjonsmetodene ikke lenger er så forskjellige (Fyrand, 2005).

Nettverksmøter bygger på den troen at pasienten, det sosiale nettverket og det profesjonelle nettverket innehar hver sin særegne kompetanse. Videre innebærer dette at metoden bygger på et møte og en dialog mellom disse tre kompetansesystemene. Denne kompetansen er ulik hos hvert av de ulike systemene. Pasienten er den som kjenner problemet best, mens nettverkets kompetanse tydeligst kommer frem på to områder; (a) de potensielt mobiliserbare ressursene som hver enkelt i nettverket har direkte og/eller indirekte tilgang til, og (b) kjennskap til og kunnskap om pasientens liv, blant annet oppvekstforhold, spesielle opplevelser, personlighet, livssituasjon etc. De profesjonelle hjelperne har i hovedsak en profesjonsspesifikk behandlerkompetanse. Gjennom å trekke kompetanse fra alle disse systemene, skapes muligheter for en bedre forståelse av problemet/krisen og pasientens livssituasjon, samt at det kan bidra til å finne gode løsninger på disse (Fyrand, 2005).

Nettverksmøter kan være nyttige når klienten og/eller familien til klienten føler at de har kommet i en fastlåst situasjon der problemene vedlikeholdes eller eventuelt videreutvikles. Nettverksmøter kan også komme i stand ved at helse- og sosialsektoren føler at de sitter fast, etter å ha vært inne og prøvd å løse problemene uten å lykkes. Nettverksmøter kan være et godt hjelpemiddel for å bedre mestringen av en vanskelig situasjon. Målsettingen

ved nettverksmøter kan være å; (a) forebygge utviklingen av et problem, (b) forebygge ytterligere fastlåsing av en situasjon, (c) bedre mestring av en vanskelig livssituasjon og/eller sykdom, og (d) løse konkrete praktiske og/eller følelsesmessige og/eller relasjonelle problemer med ulik grad av krise og akuttet (Fyrand, 2005). Nettverksintervensjoner er ifølge Halevy-Martini, Hemley-Van der Velden, Ruhf og Schoenfeld (1984) effektive når de blir anvendt i en ekstremt stressende situasjon, når det er en krise, enten hos pasienten, i det sosiale nettverket, eller begge deler. Intervensjonene blir også anvendt når alle ressurser som har blitt brukt på pasienten er uttømt; "[...] when such tremendous difficulty arises that people are willing to convene and communicate meaningfully with each other and to abandon the myth of self-sufficiency and the need for family secrecy" (Halevy-Martini, Hemley-Van der Velden, Ruhf, & Schoenfeld, 1984:523). Bakgrunnen til nettverksterapi er en opplevelse av stress og desperasjon hos menneskene som er rundt klienten/pasienten, enten dette er familie, venner eller naboer. Målet med nettverksmøter er da å skape et system som er fleksibelt nok til effektivt å behandle egne kriser. For at dette skal skje er det viktig at det terapeutiske teamet lar nettverket og pasienten lære hvordan de kan oppdage egne vanskeligheter (ibid, 1984). Dette punktet kalles å skifte plasseringen/lokaliseringen av kontroll (locus of control) fra det terapeutiske teamet over til nettverket, og vil bli diskutert i punktet nedenfor (pkt. 2.5.1).

Nettverksmøter har tidligere vært brukt i en kontrollert studie av kvinnelige pasienter med leddgikt (revmatoid artritt). Bakgrunnen for denne studien var et ønske om å undersøke om nettverksintervensjoner kunne føre til at den kronisk syke pasienten gjenopprettet eller vedlikeholdt, og samtidig styrket sitt sosiale nettverk. De ville også undersøke om dette kunne være med på å bedre den sosiale fungeringen, samt den egenopplevde fysiske og psykiske helsen. Fyrand, Moum, Finset og Glennås (2003) delte i sin studie inn 264 deltagere i tre ulike grupper. Den ene gruppen var en nettverksintervensjonsgruppe som besto av 104 respondenter. De to andre gruppene var kontrollgrupper, hvor den ene gruppen fikk en annen intervensjon og besto av 85 respondenter, mens den siste gruppen ikke hadde noen intervensjoner og besto av 75 respondenter. Deltagerne i studien ble fulgt opp over 18 måneder, hvor deltagerne ble intervjuet i begynnelsen av studien, etter ti måneder og etter 18 måneder. Nettverksintervensjonen besto i denne studien av; et planleggingsmøte hvor de blant annet diskuterte hvordan leddgikten påvirket deltageren i hverdagen, samt at det ble laget en oversikt over informantens sosiale nettverk. Den andre delen av denne nettverksintervensjonen besto i et nettverksmøte hvor deltageren hadde med personer fra både sitt profesjonelle og sosiale nettverk. Resultatene fra denne studien viste at pasientene som var

med i nettverksintervensjonsgruppen opplevde flere positive resultater som følge av sin deltagelse. Disse var blant annet økt daglig emosjonell støtte, et større sosialt nettverk og mindre sosial dysfunksjon. For single pasienter som var med i studien, viste også resultatene at disse hadde hatt en signifikant økning av nettverksstørrelsen, forbedret sosial fungering, og bedre ”perceived overall health” sammenlignet med de to kontrollgruppene. Dette tyder ifølge Fyrand, Moum, Finset og Glennås på at single sine sosiale behov bør tillegges ekstra oppmerksomhet (Fyrand, Moum, Finset, & Glennås, 2003). (Se også; Fyrand, Moum, Finset, & Glennås, 2002; Fyrand, Moum, Finset, Wichstrøm, & Glennås, 2001; Fyrand, Moum, Wichstrøm, Finset, & Glennås, 2000).

2.5.1. Modeller bak nettverksmøtene

Da flere modeller kan trekkes inn for å forklare målene ved nettverksmøter, som blant annet seks-fase-modellen til Speck og Attneave (1973), vil denne avhandlingen legge hovedfokuset på Holyoke-teamets tre-fase-modell. Disse modellene kan integreres, men som følge av begrensninger i denne avhandlingen, fokuseres det kun på sistnevnte modell, da denne menes å dekke og gi et utfyllende bilde av de terapeutiske målene ved nettverksmøter.

Målet med nettverksmøter er ifølge Fyrand (2005:213) å ”forløse energi, støtte, engasjement, varme og handling i nettverket for å hjelpe klienten og hans familie til å løse de aktuelle problemene”. Ifølge Halevy-Martini, Hemley-Van der Velden, Ruhf og Schoenfeld (1984) går prosessen forut for, og selve nettverksmøtet igjennom tre hovedfaser, som hver utgjør hovedmålene for et vellykket nettverksmøte. Disse tre fasene er: (a) *convening*, å stimulere til at sentrale personer i nettverket møtes og forenes. Det er her viktig at ikke bare familien er til stede, men også venner og bekjente som kan komme med en bredere base av praktiske ressurser og et mindre innviklet syn på problemet. (b) *connecting*, å stimulere til at deltagerne på nettverksmøtet knytter forbindelse og kobles sammen til en gruppe. For at dette skal oppnås er det viktig at deltagerne i nettverksmøtene går igjennom tre oppgaver. Disse oppgavene består i at de ubehandlede følelsene, som sinne, depresjon og frustrasjon må bli delt. Muligheten for å dele positive følelser som glede må skapes, og systemets godt bevarte hemmeligheter må avdekkes. Og, (c) *shifting the locus of control from the therapeutic team to the network* (å skifte plasseringen av kontroll fra terapeutene til nettverket), å stimulere til at det utvikles en prosess som resulterer i en flytting av ansvar fra fagteamet til nettverket. Dette skjer også gjennom tre stadier. Først blir problemet fremstilt offentlig, slik at medlemmene i

gruppen kan tillegge seg denne kunnskapen. For det andre vil eksponeringen av dynamikken bak problemene føre til at gruppemedlemmene tar et standpunkt i forhold til sentrale spørsmål. Dette standpunktet tas når det har blitt klart for deltagerne hva som har foregått, hvilke problemer som er viktige, og hvilke atferdsmønstre som har gjentatt seg. For det tredje; ettersom nettverksmedlemmene forsvare sin posisjon, blir de også forpliktet til å gjøre endringer i systemet. Som følge av intervensjonen som har blitt gjennomgått, er det naturlig at det dannes støtte- og oppgavegrupper. Dannelsen av disse gruppene er et viktig steg i forhold til at nettverket tar ansvaret for dem selv. Disse arbeidsorienterte gruppene er formet for å hjelpe nettverksmedlemmene med å endre måten de håndterer problemene på. Foreldre av et barn med schizofreni vil for eksempel trenge hjelp til å la barnet få en større grad av autonomi (Fyrand, 2005; Halevy-Martini, Hemley-Van der Velden, Rufh, & Schoenfeld, 1984).

2.5.2. Møteledernes oppgave og varighet av møtene

Møteledernes rolle er å lede selve gruppeprosessen, uansett om det er et eller flere nettverksmøter. Møtelederne kan hjelpe til med ytterligere avklaring av målsettingen for møtet hvis denne er uklar. De kan også hjelpe til å ta vare på de prosessene som blir satt i gang i løpet av møtet. Som møteleder skal man fungere som katalysatorer for potensielle bidrag under møtet, og man skal være tilrettelegger og åpne for dialogiske prosesser på møtet (Fyrand, 2005).

Nettverksmøtene varer som regel fra en til to-tre timer. Teamet som deltar på møtet hører på samtalen en stund, minst i 10-15 minutter, noen ganger så mye som 45 minutter. Deretter reflekterer teamet over det som har kommet frem i samtalen, noe som kan ta fra to til 15 minutter (Andersen, 1987; Fyrand, 2005). Antallet nettverksmøter varierer fra sak til sak, og diskuteres mellom pasient, familie og nettverket i samarbeid med de profesjonelle hjelperne. Fyrand (2005) hevder at møtene kan holdes med en uke til to måneders mellomrom, og over en periode på alt fra to til flere måneder, men presiserer at det her finnes ulike variasjoner. Ahus har hatt pasienter til behandling med nettverksmøter i en periode på nærmere to år. Det har også vist seg at det kan være nyttig å avtale at det skal holdes et nytt møte, for eksempel etter seks måneder eller et år etter endt behandling med nettverksmøter, for å undersøke om utviklingen har gått i ønsket retning. Har ikke dette blitt oppnådd, kan man gjennom dette møtet vurdere om det skal igangsettes flere tiltak (ibid, 2005).

2.5.3. Problemer ved nettverksmøter

Ifølge Fyrand (2005) viser erfaringer fra nettverksmøter at ledere kan bli for personlig involvert i klientens/familiens problematikk. Dette kan manifestere seg gjennom at lederen overfører sine egne uløste problemer over på klienten og det sosiale nettverket, noe som kan medføre at lederen ikke klarer å skille mellom egne og klientens problemer (motoverføring). Fyrand viser videre til erfaring med at tidligere uløste problemer i lederens privatliv, som ligner på den aktuelle problematikken i nettverksmøtet, kan føre til overføring av lederens egne problemer i alle typer nettverksmøter.

2.5.4. Nettverksmøter ved Ahus

Ved Ahus har det siden 2005 vært arrangert nettverksmøter for mennesker med ulike psykiske lidelser. Nettverksmøtene er blant annet basert på Seikkula sin teori om åpen dialog. Ahus bruker denne tilnærmingen for å styrke det sosiale nettverket til både pasienter med alvorlige sinnslidelser (psykososer) og pasienter med lettere psykiske problemer som angst og lettere depresjoner. Det er denne sistnevnte pasientgruppen jeg vil fokusere på i denne avhandlingen.

Nettverksmøtene ved Ahus kommer i stand når ansatte ved Ahus mener det er behov for å holde et nettverksmøte for å hjelpe både pasient og hans/hennes nærmeste nettverk. Pasienten velger selv hvem og hvor mange han/hun vil ha med på disse møtene. Nettverksmøtene vil som regel finne sted hjemme hos pasienten eller hos en av hans/hennes nærmeste. Dette blir gjort for at pårørende og pasient skal kunne være i en setting hvor de føler seg trygge. Møtene kan også finne sted på sykehuset eller en av DPSene, alt etter hva pasienten ønsker. To ansatte ved Ahus er med på disse møtene, og det blir ikke avtalt på forhånd hva temaet for møtet skal være. Møtene ved Ahus skal ikke være en form for intervju av pasient eller pårørende, men en mest mulig naturlig samtale mellom partene eller deltagerne. Seikkula og Olson (2003:409) hevder at "the idea of listening is more important in Open Dialogue than the process of interviewing". Det første spørsmålet man derfor stiller i et slikt møte skal være så åpent som mulig, da dette er med på å gi de pårørende og nettverket mulighet til å luften hva de selv tenker på (Seikkula & Olson, 2003). Oppgaven er å skape et nytt språk for den vanskelige situasjonen pasienten og de nærmeste befinner seg i. Å ha en åpen dialog uten planlagt tema og form på samtalen, virker å være viktig for dannelsen av et nytt språk for å beskrive og reflektere over vanskelige hendelser (Seikkula, Arnkil, & Eriksson, 2003). Det er også viktig at nettverksmøtene inneholder en reflekterende samtale,

hvor de to ansatte diskuterer seg imellom hva de har hørt så langt i samtalen. De andre deltagerne kan velge å kommentere dette hvis de vil (Andersen, 1987). Målsettingen med nettverksmøter kan ved Ahus blant annet bestå i å forbygge et problem, forbedre mestring, og løse problemer (Fyrand, 2005).

2.6. Åpen dialog

Åpen dialog er en terapiform utformet av Seikkula og kan ses på som en måte å organisere behandlingen av mennesker med psykotiske lidelser. Organiseringen skjer gjennom bruk av åpne samtaler hvor det sosiale nettverket er til stede, og inkluderer både familie, venner, arbeidskamerater, andre i det sosiale nettverket, ulike profesjonelle hjelpere og et spesielt team som arbeider med bruk av denne metoden. Alle temaer som inngår i behandlingen, blir diskutert åpent med pasienten fra begynnelsen og med det sosiale nettverket til stede. Målet ved å bruke denne metoden er å danne et nytt språk mellom pasienten og det sosiale nettverket (Seikkula, 2006). Da dette er et punkt som krever mer ressurser og tid for å kunne analysere, vil dannelsen av et nytt språk hos pasientene ikke bli analysert i denne studien. Det vil heller ikke bli fokusert på språkets betydning under intervjuene. Nettverket blir mobilisert for å se på nye perspektiver og ideer rundt problemet, for at dette skal kunne medføre positive endringer (Seikkula, 1994). Fokuset ligger på selve dialogen. Det vil si at man prøver å skape et språk hvor alle stemmer kan bli hørt, både pasienten og de som er nærmest pasienten, på samme tid (Seikkula, 2002a).

2.6.1 Opprettelsen av åpen dialog

I Finland ble det på 1980-tallet oppfunnet en behandlingsmetode som har lagt grunnlaget for utviklingen av teorien om åpen dialog. Denne tilnærmingen har forbedret behandlingen av personer i psykotiske kriser. Pionerene på dette feltet var Alanen og hans kollegaer (Alanen, Lehtinen, Rökköläinen, & Aaltonen, 1991). Denne teorien ble kalt "The Need-Adapted approach". Gjennom å bruke denne tilnærmingen har psykiatrien i Finland organisert seg på en måte som ivaretar det sosiale nettverket til pasienten. Pasienten kommer sammen med sitt sosiale nettverk til møter, som starter ved den første kontakten pasienten har med systemet og fortsetter gjennom hele prosessen (Seikkula, 2002b). Med dette som utgangspunkt ble teorien om åpen dialog videreutviklet.

Mot midten av 1980-tallet jobbet Seikkula og hans medarbeidere ved Keropudas sykehus i Torneå, og ønsket å utvikle et system der familien og pasienten hadde en sentral plass i behandlingen fra første stund. Dette resulterte i bruken av åpne behandlingsmøter, hvor familien alltid er invitert når pasienten legges inn på institusjon, og pasienten er til stede fra starten av i alle samtaler. Det nye psykiatriske systemet fikk i 1996 betegnelsen *åpne samtaler* (Seikkula, 2006). Ifølge Seikkula (2002a) har den endelige utviklingen av åpen dialog gått gjennom flere faser. En av de første fasene var knyttet til interessen for og anvendelsen av nettverksterapi. Dette punktet var til stor hjelp for forskerne og førte til større forståelse for viktigheten av pasientens aktuelle sosiale kontekst, fremfor kun å lete etter årsaker til problemene i pasientens og familiens fortid.

2.6.2. Hvordan åpen dialog fungerer i praksis; behandlingsmøtene

Et viktig moment innen dialogsamtaler er at alle deltakerne er likeverdige, og at alle trenger andre for å bygge opp en ny forståelse og praksis. Samtalens funksjon i behandlingsmøtene blir sterkt vektlagt. Anderson og Goolishian (1988) har vært med på å danne grunnlaget for hvordan språket blir sett på i behandlingsmøtene. De hevder at problemet ikke blir utdypet og ”fikset” av den terapeutiske intervensjonen, men heller at problemet, gjennom språk og samtaler, utvikler ny mening, tolkninger og forståelser.

“By language, we do not refer to a specific focus on signs, structure, or style. Rather, we refer to the linguistically mediated and contextually relevant meaning that is interactively generated through the medium of words and other communicative action. This generated meaning (understanding) within a particular social context is evolved through the dynamic social process of dialogue and conversation.”

Anderson & Goolishian, 1988:374

Anderson og Goolishian hevder at problemer skapes i språket ved at man definerer noe som et problem. Denne konseptualiseringen av problemet begynner så å styre familiens virksomheter. Når pasienten og det sosiale nettverket kommer sammen i behandlingsmøte med felles samtale, er målet å utvikle nye meninger om det som har vært definert som et problem. Gjennom disse samtalene skapes et nytt felles språk og nye ord for de vanskelige livserfaringene det her er snakk om (Seikkula, 2006). Ettersom målsettingen med

behandlingsmøtet er å danne en ny språklig fremstilling for pasienten og nettverksmedlemmene, har den åpne samtalen på møtene tre funksjoner (Seikkula, 1994; Seikkula et al., 1995):

1. Å skape en arena for felles erfaringer. Dette skapes ved at legen og andre fagfolk samler informasjon om bakgrunnen til pasienten, samt informasjon om hva som har ført til krisen. Her prøver fagfolkene å komme så nær pasienten og det sosiale nettverket sin opplevelse av hendelsene som mulig.
2. Å definere forhold innenfor familien, hos de profesjonelle/teamet (for eksempel ulike syn på behandlingen), og mellom familien og teamet.
3. Å ha reflekterende samtaler. I disse samtalene skal de vanskelige emosjonene som dukker opp hos det sosiale nettverket eller pasienten diskuteres. Dette vil være med på å gjøre farlige temaer mindre farlige for deltageren. Målet blir her å øke forståelsen for problemet og konteksten gjennom å formulere seg i nye språklige beskrivelser. Det er de profesjonelle som har denne samtalen, mens de andre hører på, for deretter å inkludere disse i samtalen igjen.

Dette siste punktet om den ”reflekterende prosessen” omtales ytterligere under neste punkt (pkt. 2.7).

Cognitive behavioral therapy (CBT) også kalt kognitiv atferdsterapi (Beck, 2011), kan ha noen sammenfall med dannelsen av en ny språklig fremstilling. Noen av likhetene og ulikhetene mellom CBT, nettverksmøter og dannelsen av en ny språklig fremstilling vil derfor bli kort redegjort for. En av CBT sine likheter med nettverksmøter er aktiv deltagelse og samarbeid mellom terapeut/nettverksleder og klient (Fyrand, 2005). CBT er utdannende i den forstand at den prøver å lære pasienten å være sin egen terapeut. Målet med nettverksmøtene er blant annet å skape et system som er fleksibelt og effektivt nok til å behandle egne kriser. Nettverksmøtene legger vekt på at kontrollplasseringen skal flyttes fra terapeutene til nettverket, og at nettverket som følge av blant annet dette, tar ansvar for seg selv (Halevy-Martini, Hemley-Van der Velden, Rufh, & Shoenfeld, 1984). CBT skiller seg fra nettverksmøter ved tidsbruken på behandlingene, som ofte er lenger i nettverksmøter. Pasienter med angst og depresjon kan bli behandlet med seks til 14 behandlingstimer ved bruk av CBT, mens nettverksmøtene kan ta to til flere måneder, men her kan det være store variasjoner. Både nettverksmøtene og CBT er målorientert og ønsker å løse eller forebygge problemer som har oppstått (Fyrand, 2005). CBT fokuserer hovedsakelig på pasienten, noe det også gjøres i nettverksmøter, men i mindre grad enn ved bruk av CBT. Gjennom

nettverksmøter får også de pårørende mulighet til å uttrykke seg. En av hovedforskjellene er organiseringen av møtene, der CBT bruker strukturert terapi, mens nettverksmøter vektlegger åpen dialog og er mindre strukturert (Seikkula & Olson, 2003).

2.7. Reflekterende prosesser

Et system som "sitter fast", altså en familie med et problem, trenger ifølge Andersen (1987) nye ideer både for å gjøre perspektivene bredere, samt klargjøre dens kontekstuelle premisser. Starten på metoden om reflekterende prosesser kom samtidig som arbeidet med åpne samtaler i Finland:

"Jeg har en opplevelse av at åpne samtaler og reflekterende prosesser har inspirert hverandre og har blitt utviklet i en situasjon hvor der det synes naturlig å omtale de to terapeutiske perspektivene innenfor den samme meningskontekst".

Seikkula, 2006:115.

Andersen (1994) beskriver den reflekterende prosessen som et skifte mellom ytre og indre samtaler. De ytre samtalene føres med dem du er sammen med, mens de indre samtalene har man med seg selv, eller med andre man har i tankene. Den reflekterende prosessen er altså en skiftning mellom å lytte og å snakke.

2.7.1. Reflekterende team

Det fastlåste systemet, enten det er en eller flere personer, blir intervjuet av en av de ansatte. Disse utgjør til sammen intervjusystemet. Det reflekterende teamet sitter som regel bak et enveisspeil og består oftest av tre personer. Det reflekterende temaet forteller aldri hva intervjusystemet skal snakke om, de lytter kun til samtalen i stillhet. De snakker heller ikke med hverandre. Etter en stund tilbyr det reflekterende teamet å komme med sine ideer hvis intervjusystemet ønsker det. Det reflekterende teamet snakker deretter med hverandre om sine ideer og spørsmål vedrørende de aktuelle problemstillingene. Medlemmene i intervjusystemet lytter til denne refleksjonen, og dette gir dem mulighet for en indre dialog. Når teamet har avsluttet sine refleksjoner, snakker medlemmene av intervjusystemet med hverandre om hvilke ideer de fikk mens de lyttet til refleksjonene (Andersen, 1994).

For de som arbeider med reflekterende prosesser, er samtalen den viktige kilden til

utveksling av forskjellige beskrivelser, fortolkninger, oppfattelser og definisjoner. Utvekslingene i en samtale kan gi en person et annet syn på gamle beskrivelser og forklaringer, noe som igjen kan føre til at det oppstår nye beskrivelser og forklaringer. Gjennom denne prosessen får personen mulighet til å velge hvordan han/hun vil håndtere en fastlåst situasjon annerledes, eller hvordan man reagerer på nye hendelser (Andersen, 1994). I den reflekterende samtalen er det også essensielt at det blir stilt spørsmål. Spørsmålene skal helst være formulert slik at de ikke kan svares med ja eller nei, men at de heller åpner opp for nye spørsmål (for eksempel: ”jeg lurer på hva moren mente med det hun sa der, jeg skulle ønske hun fortalte litt mer om hvorfor hun følte det sånn”). Som leder av nettverksmøter, er det viktig å tenke over andre elementer ved samtalen også. Disse blir forklart av Andersen (1994:48):

”Mens de taler, tenker jeg over de ord, de bruker, over tonefaldet og kroppssproget, som følges med ordene, og jeg spørger meg selv om, hvad der er viktigst at tale mer om af alt det, jeg hører. De vigtigste dele kalder vi ”åbninger”. Jeg spørger meg selv, ”Hvilken åbning skal jeg koble mine spørgsmål på? Skal jeg f.eks bede om at få afklaret ordene yderligere, eller skal jeg spørge til baggrundshistorien eller de omstændigheder, som udgør konteksten, eller skal jeg spørge, hva der ville ske, hvis der ble handlet annerledes i situasjonen?””

Andersen hevder videre at det kan være nyttig å se en samtale som en rekke utvekslinger av ideer. Hvis en familie er låst fast, altså at de har et problem, vet de hvilke ideer de gjerne vil diskutere, og fører nettverkslederne frem til disse. Ideene som blir fremsatt av det reflekterende teamet bør være knyttet til både verbalt og nonverbalt materiale som har kommet frem i løpet av intervjuet. Ideene kan være få eller mange, dette kommer an på hvor mange ideer familien kan tolerere. Det som er viktig her, er at familien får mulighet til å velge ut de ideene eller spørsmålene som de føler de vil snakke mer om, eller som kan være med på å føre til en endring i hvordan de oppfatter bildet av familien. Denne prosedyren gir deltagerne av nettverksmøtet mulighet for en indre dialog med seg selv, samtidig som de lytter til refleksjonene som teamet gjør seg (Andersen, 1987, 1994, 2006).

Med bakgrunn i denne tidligere forskningen, samt mangelen på forskning i forhold til effekten av nettverksmøter som en metode for å bidra til opprettholdelse og/eller forbedring av det sosiale nettverket, ble det gjennomført undersøkelser ved Ahus i Oslo. Målet med denne undersøkelsen var å se etter eventuelle effekter av nettverksmøtene, både hos pasienter og det sosiale nettverket.

2.8. Nettverksmøter ved Ahus i forhold til åpen dialog og reflekterende prosesser

De viktigste forskjellene mellom hvordan Seikkula og hans medarbeidere anvender åpen dialog, og hvordan metoden er tatt i bruk på Ahus kan oppsummeres i følgende punkter: For det første anvender Seikkula hovedsakelig metoden overfor mennesker med alvorlige psykiske lidelser som psykoser eller som er i andre psykiatriske kriser (Seikkula, Arnkil, & Eriksson, 2003). Ved Ahus anvendes metoden overfor pasienter som både er diagnostisert med lettere psykiske lidelser som angst, depresjon og tvang, men også ved psykoser. Når Ahus anvender metoden overfor pasienter med lettere psykiske lidelser, vektlegger de ikke at det første møtet skal finne sted innen 24 timer etter at pasientene er henvist til sykehuset, eller den første kontakten har funnet sted. Ved Ahus kan det ta både dager og uker før første nettverksmøte gjennomføres. Møtet gjennomføres da hjemme hos pasienten eller hos pårørende, eller møtet kan finne sted på sykehuset. Dette er noe som av praktiske årsaker ikke er tilfelle i Seikkula sin praksis ettersom hans pasienter er innlagt på institusjon, men hvis det er mulig gjennomføres nettverksmøtet hjemme hos familien (Seikkula & Olson, 2003).

Nettverksmøtene på Ahus skiller seg også noe fra de reflekterende prosessene Tom Andersen har beskrevet. Andersen (1987, 1994) beskriver at den reflekterende prosessen blir gjennomført ved bruk av en skjerm eller et enveisspeil. Det vil si at de som skal reflektere over nettverksmøtet, står bak et speil, observerer og hører på nettverksmøtet. Teamet har sittet og hørt på samtalen uten å kommentere det som skjer, verken til deltagerne eller med hverandre. Når det skal reflekteres under nettverksmøtet, foregår det ved hjelp av et callingsystem. Teamet bak skjermen skrur på lyden hos seg, samtidig som familien og lederen av møtet skrur av sin lyd. Lyset i rommet som deltagerne sitter i blir dimmet ned, mens lyset hos teamet blir slått på. Dette skiller seg fra metoden som blir brukt på Ahus. Der sitter teamet i samme rom som deltagerne av nettverksmøtet, mens kun møtelederen snakker med deltagerne. Når de ansatte skal reflektere over samtalen, holder de to øyenkontakt med hverandre, mens de snakker om sine refleksjoner og stiller spørsmål omkring hva som har blitt snakket om. Det er et viktig poeng at teamet snakker med hverandre og ikke ser på deltagerne, da dette kan være med på å forstyrre refleksjonen. Deltagerne i nettverksmøtet sier ingenting mens denne refleksjonen pågår. Når refleksjonen er overstått, får deltagerne mulighet til å svare på noen av refleksjonene hvis de ønsker det. Dette gjelder også i Andersen sin versjon (Andersen, 1987, 1994).

3.0. Metode

I denne studien har det blitt gjennomført dybdeintervjuer av personer som holder nettverksmøter, samt utvalgte individer innenfor deres sosiale nettverk. Gjennom disse intervjuene har målet vært å undersøke hvordan nettverksmøtene oppleves for pasientene og deres pårørende. Å undersøke eventuelle effekter ved bruken av nettverksmøter har også vært et mål. Det har i tillegg blitt gjennomført observasjoner for å få en bedre forståelse av hvordan nettverksmøtene gjennomføres i praksis. Gjennom bruk av disse metodene har målet vært å kunne besvare hypotesene i denne avhandlingen.

Et vitenskapsteoretisk ståsted er et valg forskeren tar som påvirker to ulike deler av forskningen.

”[...] for det ene hvilke muligheter eller metoder man har for å få kunnskap om (den sosiale) virkeligheten (epistemologi), og for det andre i hvilken grad og på hvilken måte den nye kunnskapen skal forstås som gyldig eller sann. Denne vurderingen henger sammen med hvordan man antar at virkeligheten *er* (ontologi).”

Johansen, 2011:52.

Det kvalitative forskningsintervjuet som metode har blitt påvirket av ulike posisjoner. Noen av disse filosofiske tankeretningene er den postmoderne tilnærmingen som blant annet fokuserer på intervjuets samhandling, de språklige og interaksjonsmessige aspektene og narrativene som konstrueres i et intervju. Innenfor den hermeneutiske forståelsen legges det vekt på meningstolkningene. Her er begrepene samtale og tekst essensielle og det legges vekt på tolkerens forståelse av tekstens emne. Videre har vi et fenomenologisk perspektiv som vektlegger personens livsverden. Her er det åpent for intervjupersonens erfaringer. En dialektisk tilnærming legger vekt på motsigelser i uttalelser (Kvale, 1997). Gadamer har lagt vekt på å knytte det hermeneutiske og det fenomenologiske tettere sammen (Moran, 2000). Jeg vil komme dypere inne på dette temaet senere i avhandlingen (pkt. 3.4.2).

Jeg vil vektlegge et fenomenologisk perspektiv i denne avhandlingen. Dette underbygges av erfaringene og de egne opplevelsene intervjuobjektet forteller om i løpet av et intervju.

3.1. Forskningsdesign og datamateriale

Denne studiens kontekst ble redegjort for tidligere i denne avhandlingen, og vil derfor ikke bli videre forklart i denne delen.

I denne avhandlingen ble forskningen gjennomført ved bruk av eksplorerende kvalitative metoder. Nærmere bestemt ble det gjennomført observasjoner og semi-strukturerte intervjuer, da disse metodene var godt egnet for å utforske dette feltet. Gjennom bruk av semi-strukturerte intervjuer gir man intervjuobjektene anledning til å utbrodere svarene sine, samt at hovedfokuset ligger på intervjuobjektet (Langdridge, 2006). Ni personer ble intervjuet i denne studien, samt at tre observasjoner ble gjennomført hos to av disse personene. Intervjuobjektene var fire pasienter og fem pårørende, og de pårørende var mødre og fedre til pasientene. Jeg var her interessert i å undersøke eventuelle endringer og erfaringer ved gjennomføringen av disse nettverksmøtene. At deler av det sosiale nettverket ble intervjuet, begrunnes med viktigheten av å vite om dette er et tiltak som virker tilfredsstillende også for dem. Det kan være vesentlig for resultatet av nettverksmøtene, at det sosiale nettverket føler at tiltaket fører til positive endringer. Gjennom samarbeidet med Ahus har det også blitt reflektert rundt spørsmål om de pårørende ser på dette tiltaket som nok en belastning i forhold til å støtte pasienten. Dette var derfor et spørsmål jeg gjerne ville undersøke i denne avhandlingen.

Studien har tatt sikte på å undersøke empirisk hva de eventuelle effektene av nettverksmøter er for pasienter med lettere psykiske lidelser. For å kunne svare på dette har det vært nødvendig å stille spørsmål om blant annet pasientenes diagnoser, størrelse på nettverk (både før og etter nettverksmøtene), åpenhet om sykdommen, om og hvordan de føler nettverksmøtene har påvirket deres sosiale nettverk og andre fordeler og ulemper ved å ha deltatt på nettverksmøtene.

3.1.1. Observasjon

Det bør nevnes at jeg i de tidlige fasene i arbeidet med denne studien, hadde et ønske om å observere nettverksmøtene i tillegg til å intervju pasientene og deres pårørende. Det var da ønskelig å se etter eventuelle endringer i kommunikasjonen mellom deltagerne på møtene, i tillegg til å gjennomføre intervjuer. Det ble etter hvert klart at dette ble en for stor arbeidsoppgave for denne avhandlingen. Det var derimot ønskelig fra Ahus sin side at jeg observerte noen få nettverksmøter, for å lette på arbeidet med å skrive om gjennomføringen

av møtene, samt for å få en bedre forståelse av hvordan nettverksmøtene fungerer. Det ble gjennomført observasjoner av to pasienter og tre nettverksmøter. Under selve observasjonen satt jeg rundt bordet sammen med de andre deltagerne på møtet. Jeg foreslo selv å sitte lenger unna, men det virket på deltagerne at dette ville være unaturlig. Jeg noterte ingenting under møtet, da jeg følte dette kunne være med på å understreke min tilstedeværelse. Før møtet begynte, gjorde jeg en kort presentasjon av meg selv som forsker på masternivå fra NTNU og at jeg var der for å få et bedre innblikk i hvordan nettverksmøtene fungerte i praksis. Deltagerne på møtet skrev under på en samtykkeerklæring eller ga sin tilslutning muntlig med vitner til stede, før nettverksmøtet kunne begynne. Jeg ga også informasjon om at deltagerne på møtet måtte si ifra underveis i møtet hvis de ombestemte seg og syntes det var ubehagelig at jeg var til stede. Jeg presiserte at det ikke var nødvendig å begrunne hvorfor de ville at jeg skulle forlate rommet. Dette skjedde ikke under noen av de tre observasjonene.

3.2. Utvalg og datainnsamling

Kriteriene for å bli med i undersøkelsen ble laget i samarbeid mellom meg selv, min veileder og de ansatte på Ahus. Vårt mål i utvelgelsesprosessen, var å skape en så homogen gruppe som mulig. Utvalget ble deretter satt sammen av meg selv og ansatte ved Ahus. I forhold til utvelgelsesprosessen av pasienter til denne studien, valgte jeg å sette flere kriterier i utvelgelsen av disse. Noen endringer i forhold til kriteriene måtte gjøres underveis for å finne pasienter som passet inn i studien. Det var blant annet ønskelig å kun ha et kjønn, men grunnet begrensninger i antall deltagere på nettverksmøter ble ikke dette aktuelt. De endelige kriteriene ble som følger; (a) pasientene skal være voksne menn eller kvinner i alderen 20 til 65 år, (b) diagnosen til pasientene skal være lettere psykiske lidelser, som angst og depresjon, (c) minst to pårørende må være til stede under møtene, og (d) pasientene må ha gjennomført flere nettverksmøter (minimum tre). Dette sistnevnte punktet begrunnes med at det kan være vanskelig for informantene å kunne si noe om endringer som følge av nettverksmøtene hvis de hadde hatt færre enn tre møter. Disse kriteriene ble forslått for ansatte ved Ahus, og de ansatte begynte da arbeidet med å finne pasienter som passet disse kriteriene.

3.2.1. Kjønnforskjeller i utvalget

Denne studien inneholder informanter av begge kjønn, noe som kan være problematisk i forhold til sammenligning av effektene på tvers av kjønn. Tidligere forskning har vist forskjeller mellom kjønnene blant annet når det kommer til nettverk, ved at kvinner har et større nettverk enn menn (Antonucci & Akiyama, 1987). En rekke forskning har blitt viet til forskjeller mellom menn og kvinner, og en vesentlig mengde forskning viser at kvinner uttrykker mer følelser enn menn (Kring & Gordon, 1998). En studie gjennomført av Kring og Gordon (1998) viste at kvinner uttrykte mer positive uttrykk som en respons på glade filmer og mer negative uttrykk i respons på triste eller skumle filmer i forhold til menn. Studien viste derimot også at selv om kvinner uttrykker flere følelser enn menn, rapporterte de ikke at de opplevde flere følelser enn mennene gjorde. Dette punktet vil ikke bli videre utredet her, men jeg vil komme tilbake til dette i diskusjonsdelen av denne avhandlingen.

3.3. Intervjuguide og gjennomføring av intervjuene

Det ble relativt tidlig bestemt at intervju var den beste metoden å bruke for å samle informasjon i forhold til denne avhandlingens problemstillinger. For å få et dypere innblikk i pasientene og pårørende sine følelser og tanker omkring deltagelsen på nettverksmøtene, falt valget på bruk av semi-strukturerte intervjuer. Intervjuguiden for pasientene ble delt inn i fem bolker; (a) bakgrunnsinformasjon, (b) før nettverksmøtene, (c) nettverksmøtene, (d) det sosiale nettverket, og (e) opplevelsen av nettverksmøtene. For de pårørende ble intervjuguiden delt inn i følgende tre bolker; (a) bakgrunnsinformasjon, (b) før nettverksmøtet, og (c) opplevelsen av nettverksmøtene (se appendiks 7 for intervjuguiden).

Da det finnes lite forskning på effekten av nettverksmøter, spesielt i Norge, ble doktorgradsavhandlingen til Johansen (2011) brukt som utgangspunkt for intervjuguiden til denne studien. Intervjuguiden ble senere godkjent av veileder og REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk). Utgangspunktet for spørsmålene var å kunne svare på hypotesene i denne studien. Noen få tidligere studier ble også brukt som utgangspunkt for spørsmålene i denne intervjuguiden.

Mulige informanter ble kontaktet av ansatte på Ahus, og forespurt om de ville være med i denne studien. Det ble sterkt vektlagt at informantene ikke skulle bli kontaktet av meg på noen måte uten at de hadde godtatt å bli med i studien. Alle pasientene som ble kontaktet, svarte ja på forespørselen om å være med. Hvis pasientene og pårørende takket ja til å være

med i studien, ble de kontaktet av meg på telefon eller epost for å avtale et møte. For de to pasientene som også ble observert i denne studien, ble ikke disse kontaktet på telefon, men jeg ble med når deres neste nettverksmøte skulle gjennomføres. Før intervjuene måtte informantene skrive under på en samtykkeerklæring (se appendiks 4-6).

Alle pasientene, unntatt en, ble intervjuet enten hjemme hos seg selv eller hos sine foreldre som også var med i studien. Dette ble hovedsakelig gjort av praktiske årsaker, samt at det var ønskelig at informantene var så komfortable som mulig i settingen. Den siste pasienten ble intervjuet på Ahus etter å ha blitt observert under et nettverksmøte. I alt ble fem pasienter intervjuet i denne studien, men en av informantene snakket noe usammenhengende og fragmenterende under intervjuet, noe som førte til at denne informanten ble ekskludert fra studien. To av de pårørende ble intervjuet hjemme hos seg selv, mens en ble intervjuet på Ahus etter et nettverksmøte. To av de pårørende ble intervjuet over telefon. Dette ble gjort da det var ønskelig å la intervjuet bli gjort på lettest mulig måte for informantene. Alle informantene fikk tilbud om å ha intervjuene et annet sted enn hjemme hos seg selv eller sine pårørende. Det var informantene som bestemte hvor intervjuene skulle finne sted. Intervjuene varte mellom 15 og 30 minutter.

3.4. Analyse

Da det finnes flere ulike analysemetoder å ta i bruk, er det viktig å begrunne valget av analysemetode (Johansen, 2011). Som analyseringsmetode for denne avhandlingen har jeg valgt interpretative phenomenological analysis, IPA. Dette begrunnes med at denne tilnærmingen er opptatt av å få individet til å fortelle så detaljert som mulig om sine opplevelser, og hvor målet er å gi forskeren så god adgang som mulig til deltagerens livsverden (Langdridge, 2006). IPA er spesielt passende å bruke når emnet man undersøker er ukjent eller lite forsket på, hvor temaene er komplekse eller tvetydige, og når man er opptatt av å forstå noe om prosess og endring (Smith & Osborn, 2004). Dette er en metode innenfor fenomenologien, og ble dannet gjennom arbeidet til Jonathan Smith på 1990-tallet. Fenomenologiske metoder har ikke bare blitt brukt innenfor psykologisk arbeid, men også innenfor humaniora og samfunnsvitenskapelige fag. Fenomenologisk forskning innenfor psykologien deler seg inn i mange tilnærminger, blant annet Duquesneskolen og interpretative phenomenological analysis. Valget av IPA istedenfor Duquesneskolen som analyseringsmetode begrunnes med at IPA også kan inneholde spørsmål om personens

holdninger, meninger, og generelle refleksjoner rundt emnet (Langdridge, 2006).

Fenomenologi kan virke som et noe uoversiktlig felt, hvor fenomenologisk filosofi og metode kan gå inn i hverandre. Denne delen av avhandlingen vil derfor bli delt inn i fenomenologisk psykologi og fenomenologisk filosofi i et punkt, mens det deretter vil bli fokusert på en fortolkende og hermeneutisk fenomenologi.

3.4.1. Fenomenologisk psykologi og fenomenologisk filosofi

Fenomenologisk psykologi har sitt utgangspunkt i fenomenologisk filosofi (Langdridge, 2006). Fenomenologisk filosofi kom med Husserl på begynnelsen av 1900-tallet (Husserl, 1970). Fenomenologi blir delt inn i ulike versjoner, men jeg vil i denne avhandlingen velge en inndeling som består av analytisk fenomenologi, med blant annet Føllesdal (Peijnenburg, 2000) og fortolkende fenomenologi med vekt på Gadamer (2010). Grunnet avhandlingens omfang vil fenomenologi hovedsakelig bli fremlagt generelt, men med en utdypning av en fortolkende og hermeneutisk fenomenologi.

Når Husserl mente at fenomenologi er å gå ”tilbake til tingene i seg selv”, mente han samtidig at dette inkluderer bevissthetens tolkende perspektiv (Husserl, 1970). Husserl utvidet konseptene og metodene innenfor moderne vitenskap til å inkludere studier av bevissthet, noe som hadde en stor innflytelse på filosofi og andre humanistiske fag, samt den sosial vitenskapen gjennom 1900-tallet. Husserl er et av de viktigste bidragene til forståelsen av forholdet mellom omgivelsene og vår opplevelse av dem. Han gjennomførte undersøkelser av hva han kalte vår *livsverden*, og la grunnlaget for fenomenologien (Brøgger, 1999; Wertz, 2005). Den fenomenologiske filosofiens metode består av tre sammenlåste steg; (a) den fenomenologiske reduksjon, (b) beskrivelser, og (c) søken etter essens (Giorgi, 1997). Det bør nevnes at Giorgi går vekk fra bruken av begrepet essens, og har erstattet dette med begrepet struktur. Dette begrunner han med at opplevde hendelser er kompliserte og derfor behøver flere komponenter (Giorgi, 2008). Ifølge Husserls definisjon av begrepet essens, menes den mest uforanderlige meningen i en kontekst. Husserl foreslår at man søker essens gjennom imaginær variasjon (Giorgi, 1997). Grunnet begrensninger i denne avhandlingen vil ikke dette punktet bli videre diskutert.

Fenomenologisk arbeid innenfor psykologien søker å beskrive en persons opplevelser av verden sett i forhold til personens livserfaringer (Langdridge, 2006). Dette er et viktig punkt innenfor fenomenologien, og viser til en vesentlig del av hvordan forskning både skal

gjennomføres og tolkes. Da fenomenologer vektlegger en persons livserfaringer, hentyder dette til at alle mennesker opplever en opplevelse ulikt, avhengig av deres livserfaringer. Da alle personer er ulike, med blant annet ulik bakgrunn, verdier, utdanning og klassetilhørighet, fører dette til at det er viktig å ta høyde for dette når slike studier gjennomføres, da livserfaringene kan ha en innvirkning på hvordan personen oppfatter for eksempel nettverksmøter. Dette er noe som igjen kan påvirke resultatene i studien. Det bør i den sammenheng også nevnes at forskeres egne livserfaringer igjen kan påvirke tolkningen av studien avhengig av hans/hennes egne livserfaringer.

Intensjonalitet er et annet viktig moment innenfor fenomenologien. Husserl tok over dette begrepet fra Brentano, men brukte det på en fundamentalt annerledes måte. For Husserl er intensjonalitet det essensielle trekket av bevisstheten, og det refererer til at bevisstheten alltid er rettet mot et objekt. Alle opplevelser eller bevissthetshandlinger er opplevelser av noe. Enkelt forklart betyr dette at hvis jeg tenker, så tenker jeg på noe. Det er alltid en korrelasjon mellom vår opplevelse og objektet for opplevelsen (Giorgi, 1997; Langdridge, 2006).

En beskrivelse av en opplevelse er det nærmeste vi kan komme tingenes vesen slik de er i sin opprinnelige skikkelse, altså før vi begynner å klassifisere dem eller gjennomfører teoretiske analyser. Fenomenologisk psykologi vektlegger hvordan mennesker opplever seg selv og sin omverden (Teigen, 2004). Fenomenologer er interessert i felles trekk ved den opplevelsen man undersøker. Selv om et variert utvalg vil kunne gi en større rekkevidde i forhold til å kunne si noe om (distill) essensen til dette fenomenet, er det kun nødvendig med noen få informanter når man bruker fenomenologi. Dette begrunnes med at noen få personer som har opplevd det man undersøker, og som kan gi en detaljert beskrivelse av sin opplevelse, er nødvendig for å avdekke hovedelementene ved opplevelsen. Innenfor fenomenologien er det vanlig å ha mellom en og ti respondenter (Starks & Trinidad, 2007). Når det gjelder IPA, hevder Smith og Osborn (2008) at det ikke finnes noe riktig antall når det kommer til utvalgsstørrelse, og viser til studier som har brukt fra en til over femten respondenter. Med utgangspunkt i dette, er det naturlig å anta at informantene i denne studien vil kunne gi en detaljert beskrivelse av sine opplevelser, noe som igjen vil gjøre det mulig å avdekke hovedelementene ved opplevelsen. Utvalget i denne studien er på ni deltagere, noe som passer inn under disse beskrivelsene.

Husserl sin fenomenologi er hovedsakelig studiet av subjektets perspektiv, og hvordan alle våre opplevelser er fylt med mening. "There is always a web of anticipations involved, so that what we experience goes far beyond the patterns of irritations on our sensory surfaces"

(Føllesdal, 2001:376). Vi er ikke alltid klar over disse forventningene, men sammen danner de en horisont. Husserl fant opp en egen metode for å undersøke disse forventningene, den fenomenologiske reduksjon. Selv om vi aldri kan avdekke forventningene våre fullstendig, er den fenomenologiske reduksjon en form for refleksjon som gjør det mulig å bringe våre forventninger til bevissthet slik at de kan studeres. Horisont er også et viktig begrep innenfor Gadamer's fortolkende fenomenologi. Gadamer var opptatt av at når vi leser en tekst, er vår lesning av teksten formet av de forventningene vi tar med oss i lesningen. Gadamer kalte ofte disse forventningene fore-structures eller fore-meanings (Føllesdal, 2001), men i denne avhandlingen vil begrepet forforståelser bli brukt.

3.4.2. Fortolkende og hermeneutisk fenomenologi

Denne avhandlingen vil ta utgangspunkt i Føllesdal (2001) sin inndeling av hermeneutikk, som skiller mellom den tradisjonelle og den "nye" hermeneutikken som fulgte med arbeidet til blant annet Gadamer. Da Gadamer's fenomenologi beskrives som både hermeneutisk (Moran, 2000) og fortolkende (Føllesdal, 2001) vil fortolkende bli brukt i denne avhandlingen.

Enkelt forklart er hermeneutikk studiet av tolkning, og den store forskjellen mellom tradisjonell og "ny"/fortolkende hermeneutikk er det fortolkende subjektet og det fortolkende objektet, som omhandler hvordan tolkning påvirker oss og endrer både subjekt og objekt. Den fortolkende hermeneutikken er vanligvis assosiert med Gadamer, men også med hans lærer Heidegger, og hovedideene strekker seg tilbake til Husserl. Heidegger kaller sin versjon av fenomenologi, som han overtok fra Husserl, for hermeneutikk. Gadamer så en essensiell sammenheng mellom fenomenologi og hermeneutikk, da begge er opptatt av å beskrive prosessen der mening oppstår. Gadamer sitt hovedverk, *Truth and Method*, kom ut på 1960-tallet, og legger spesielt vekt på tolkning av tekst (Føllesdal, 2001; Moran, 2000).

Den hermeneutiske sirkelen er et viktig begrep å definere i denne sammenheng. I hermeneutikken vil forskeren gå frem og tilbake mellom hypotesene og materialet til disse passer hverandre (Føllesdal, 2001). Dette kalles å oppnå "reflective equilibrium" ifølge Rawls (1971). En god hypotese vil passe til hele materialet, og vil derfor bli endret til forskeren finner en tolkning som passer (Føllesdal, 2001). Det bør derimot nevnes at dette punktet ikke har blitt gjennomført under analyseringen til denne studien. Forslag til hypoteser ble laget tidlig i arbeidet med denne avhandlingen, og noen endringer har funnet sted underveis. Disse

endringene er derimot ikke et resultat av å skulle få hypotesene til å passe hele materialet, og de ble gjort før analyseringen begynte. Årsaken til at hypotesene ikke har blitt endret for å passe materialet, blir hovedsakelig begrunnet med at to av hypotesene favner bredt, og at utgangspunktet for studien var å undersøke hvilken opplevelse deltagerne hadde av nettverksmøtene, og at denne avhandlingen i den sammenheng ikke skal komme med en endelig konklusjon. Det bør her nevnes at det kan være problematisk å generalisere både ut fra kvalitative og kvantitative data (Polit & Beck, 2010). Når vi tolker en tekst, kan vår opprinnelige tolkning endre seg når man leser teksten i en bredere kontekst. Vår tolkning av hele teksten er også avhengig av vår tolkning av delene. Den hermeneutiske sirkelen inkluderer derimot ikke bare teksten, men må bli forstått innenfor en kontekst som inkluderer andre verk av forfatteren, og den lingvistiske og kulturelle settingen (Føllesdal, 2001). Vi møter også teksten med visse spørsmål og horisont, som jeg vil komme tilbake til.

Det kan diskuteres om viktige momenter ved forskningen blir utelatt hvis den ikke passer inn under hypotesene som blir fremlagt. Jeg vil derimot hevde at dette ikke er tilfelle. For det første favner hypotesene i denne studien bredt. IPA legger i tillegg vekt på at intervjuet kan komme inn på områder som ikke var forutsett av forskeren på forhånd, men som er relevant for, og som opplyser, prosjektets generelle spørsmål. Disse blir av Smith og Osborn (2004) ofte ansett som de mest verdifulle, da de kommer på eget initiativ fra respondenten, og derfor kan være spesielt viktig for vedkommende. Da andre interessante elementer som har blitt tatt opp under intervjuet, også er med i denne studien, vil jeg hevde at det blir unødvendig å skulle endre hypotesene for å få disse til å favne over de uventede momentene også.

Forskere som støtter sitt arbeid på Gadammers filosofi må identifisere hvilke forforståelser eller fordommer de har til emnet de skal undersøke. Å reflektere over disse vil gjøre det mulig for forskeren å bevege seg utover sine forforståelser og til en forståelse av fenomenet, og dermed overskride sin horisont. Dette vil igjen påvirke forskningsfunnene. Forskere som følger Gadammers fenomenologi bør også sørge for at de gir tilbakemelding og diskuterer med sine informanter. Gjennom tilbakemeldinger og dialog, vil forskeren og informanten komme til en felles forståelse i forhold til fenomenet som blir undersøkt. Forskeren må allikevel ta ansvaret for den endelige tolkningen i studien (Fleming, Gaidys, & Robb, 2003). Dette punktet fører til at den hermeneutiske prosessen blir en dialogisk metode, hvor horisonten til tolkeren/forskeren og fenomenet som blir undersøkt blir kombinert (Dowling, 2007).

Det kan i denne sammenheng være nødvendig å klargjøre hva mine egne forforståelser

bestod av i forkant av denne studien. Jeg var tidligere noe skeptisk til hvilke effekter nettverksmøter kunne ha, og på hvilke områder (personlig, relasjonelt) disse effektene ville finne sted. Jeg stilte meg noe kritisk til hvordan gjennomføringen av de reflekterende prosessene under møtene ble gjort, og hvordan deltagerne reagerte på denne metoden. Da deltagerne på møtet er til stede fordi de er i en ”fastlåst” situasjon, og ofte med dårlig kommunikasjon, så jeg også for meg at det kunne være problematisk å gjennomføre en åpen dialog uten fastsatt tema for møtene. Jeg var i så måte spent på hvordan dette ble tatt imot av deltagerne på møtet, og om dette kunne føre til at kommunikasjonen på møtene stagnerte. Jeg var også nysgjerrig på hvilke mulige negative konsekvenser deltagerne opplevde som følge av sin deltagelse. Jeg var samtidig usikker på hvordan sammensetningen av deltagere (for eksempel venner og familie) kunne påvirke effektiviteten på nettverksmøtene, og at dette punktet muligens kunne vanskeliggjøre prosessen. Det er vanskelig å skulle si noe sikkert om hvordan disse forforståelsene har påvirket gjennomføringen av denne studien. Det kan derimot være naturlig å hevde at disse forforståelsene har påvirket valg av problemstillinger og valg av teoretisk perspektiv i denne avhandlingen.

Denne avhandlingen har brukt fenomenologien som bakteppe, med spesiell vekt på den fortolkende og hermeneutiske versjonen til Gadamer. Selv om Gadamer la hovedvekt på hvordan vår lesning av tekst er formet av de forventningene vi tar med oss i lesningen (Føllesdal, 2001), er det naturlig å trekke denne konklusjonen også når det er snakk om intervjuer eller samtaler man har med andre. Med dette som utgangspunkt, vil det være viktig å presisere at gjennomføringen av intervjuene kommer med visse forventninger både fra intervjueren og intervjuobjektet. Med bakgrunn i Gadamers fortolkende og hermeneutiske fenomenologi, har man visse forventninger til hvilken informasjon informantene skal komme med, og vi har våre egne måter å tolke denne informasjonen på. Informantene har på sin side også forventninger om både gjennomføringen av intervjuene og hva intervjueren vil høre. Dette påvirker både intervjuer og intervjuobjekt. Det er også viktig for forskeren å være klar over slike forforståelser og hva de kan gjøre med både samtalen og hvilken informasjon som kommer frem i intervjuene. Det legger også føringer på hvordan informasjonen som kommer frem blir tolket. Selv om dette punktet ikke blir videre diskutert i denne avhandlingen, er det viktig å ha reflektert over dette når man analyserer og går igjennom slike resultater, da vår forforståelse påvirker vår oppfattelse av både intervjuet og resultatene av denne studien.

Avslutningsvis bør det nevnes at det har vært rettet noe kritikk mot den fenomenologiske tilnærmingen, og denne kritikken har generelt vært rettet mot tre aspekter ved fenomenologien; (a) et over-simplistisk syn eller naivt syn på språk, (b) fokuset på

beskrivelser, og (c) problemet med bracketing - å legge fra seg sine forforståelser (Langdridge, 2006). Grunnet begrensninger i denne avhandlingen vil ikke fenomenologien og kritikken av den bli videre diskutert i denne avhandlingen.

3.4.3. IPA

Overgangen fra fenomenologisk filosofi til fenomenologisk psykologi oppstod sent på 1960-tallet og tidlig på 70-tallet i USA, nærmere bestemt ved Duquesne Universitetet. Dette skjedde gjennom arbeidet til Amadeo Giorgi og hans kolleger (Langdridge, 2006). IPA er en kvalitativ forskningsmetode som undersøker hvordan mennesker gir mening til sine store livsopplevelser (Smith, Flowers, & Larkin, 2009). IPA er lik andre fenomenologiske tilnærminger ved at den ønsker å fange kvaliteten og strukturen til individers opplevelser (Willig, 2001). IPA kan bli brukt overalt hvor en persons psykologiske opplevelser blir studert gjennom personens eget perspektiv (Howitt, 2010). Howitt (2010) hevder at datainnsamlingsmetoden som blir foretrukket innenfor IPA er kvalitative dybdeintervjuer, men at annen data også kan bli brukt så lenge den omhandler personens opplevelser i sine egne ord. IPA aksepterer at det er umulig for forskeren å få direkte tilgang til individets livsverden. Selv om IPA har som mål å undersøke individets opplevelser fra hans eller hennes perspektiv, innser retningen at det ikke er til å unngå å involvere forskerens eget syn på verden og samhandlingen som oppstår mellom forsker og individ. Dette medfører at den fenomenologiske analysen som forskeren produserer er en tolkning av individets opplevelse (Willig, 2001). Målet med IPA er å utforske hvordan deltagerne lager mening av sine opplevelser. IPA erkjenner også at forskerens egne begrepsoppfatninger er nødvendig for å kunne gi mening til den personlige verdenen forskeren studerer (Chapman & Smith, 2002). IPA er en ideografisk tilnærming, som begynner med en detaljert analyse av case studier, og hvor man forsiktig beveger seg mot en mer generell uttalelse om gruppen av individer (Smith & Osborn, 2004).

Smith og Osborn (2008) hevder at forskere som bruker IPA ikke prøver å teste en forutbestemt hypotese, men heller ønsker å utforske området man undersøker. Analysen i denne avhandlingen har blitt drevet av avhandlingens hypoteser i den forstand at transkribering og analyse har hatt som hovedmål å kunne besvare hypotesene i denne studien. Allikevel hadde også studien som mål å kunne si noe om de mulige effektene av nettverksmøtene, samt deltagerens opplevelse av møtene. Analysen begynte med

transkribering av lydopptakene, og her ble også intervjuerens spørsmål transkribert. Nivået av transkribering i IPA er vanligvis på det semantiske nivået, hvor man transkriberer alle ordene som ble sagt, inkludert pauser, latter og andre momenter det er verdt å nevne (Smith og Osborn, 2008). Dette ble også gjort i transkriberingen til denne studien. Deretter ble informasjonen systematisert i en samlet fil. Det bør nevnes at det ikke finnes noen enkel og bestemt måte å gjennomføre IPA, men Smith og Osborn har kommet med forslag til hvordan dette kan gjennomføres (2008). De anbefaler at man begynner med å undersøke transkripsjonen av ett intervju før man går videre til å undersøke de andre, en etter en. Dette gjelder når studien består av flere respondenter, og ble gjennomført i analysedelen av denne studien. Det ble laget kategorier for svarene på de ulike spørsmålene for å få en viss oversikt over svarene til de ni intervjuobjektene. Dataene ble også delt inn i forhold til om intervjuobjektene var pasienter eller pårørende. Som nevnt tidligere snakket en av informantene noe usammenhengende og fragmenterende, noe som førte til at denne informanten ble ekskludert fra studien. Ingen lignende problemer oppsto med de ni andre informantene. Som nevnt tidligere i denne avhandlingen, innser IPA at det ikke er mulig å unngå å involvere forskerens eget syn på verden og samhandlingen som oppstår mellom forsker og individ, når man undersøker individets opplevelser. Dette medfører at den fenomenologiske analysen er en tolkning av individets opplevelse (Willig, 2001). Ut ifra denne beskrivelsen, er det ikke mulig å tolke personens opplevelse uten at den blir påvirket av forskerens tolkninger. Jeg vil derimot hevde at analysene og resultatene i denne avhandlingen ikke har blitt nevneverdig ”tolket”, men heller at resultatene er gjengivelser av informantenes svar, og at det har blitt reist konklusjoner eller antagelser som følge av disse.

3.5. Forskningsetiske overveielser

Det ble gjort flere forskningsetiske overveielser før forskningen til denne avhandlingen ble igangsatt. For det første ble denne studien vurdert og godkjent av REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Se appendiks 1 for godkjennelse). Den første kontakten mellom forsker og informant var også nøye planlagt. Som nevnt tidligere i dette kapittelet ble det vektlagt at mulige informanter ikke skulle bli kontaktet av meg før de hadde godkjent å være med i denne studien. De fikk også velge mellom å bli kontaktet på epost eller telefon. Det var spesielt viktig, som det også er i andre forskningssammenhenger, at mulige deltakere i denne studien ikke følte noe press til å være deltagere i denne studien. Alle

lydfiler, transkriberinger og samtykkeerklæringer vil bli slettet 31.12.2013, etter krav fra REK.

Det ble også innhentet et skriftlig informert samtykke til å bli intervjuet. Pasientene måtte også skrive under på en samtykkeerklæring om at deres pårørende kunne bli intervjuet. Ved observasjon skrev deltagerne under på en samtykkeerklæring eller ga sin tilslutning muntlig med vitner til stede, før nettverksmøtene kunne begynne (se appendiks 2-6). Videre har alle sitater blitt anonymisert i denne avhandlingen, i tillegg til at det i noen av sitatene har blitt gjort noen få endringer for å bevare denne konfidensialiteten, uten at sitatets betydning har blitt endret. Et annet viktig punkt som har blitt vektlagt under forberedelsene til denne studien, er mulige skadelige konsekvenser deltagelse i denne studien kunne ha for informantene. Det ble også vurdert hvilke mulige positive konsekvenser som kunne oppstå som følge av deltagelse i denne studien. I informasjonsskrivet ble det opplyst om at det var usikkert hvilke fordeler studien kunne ha for hver enkelt deltager, men at mulige fordeler kunne være en bedre forståelse av hvordan nettverksmøter fungerer, og hvilke konsekvenser møte(ne) har hatt for vedkommende. Det ble også opplyst om at mulige ulemper ved deltagelse i denne studien kunne være ubehag ved å ha en utenforstående til stede når temaer som diskuteres kan oppfattes som sensitive for vedkommende. Disse tre momentene blir blant annet nevnt hos Kvale (1997). Eventuelle påkjenninger ved å bli intervjuet om temaer som kan virke sensitive for vedkommende kan være at intervjuobjektene føler at de har fortalt mer enn de selv ønsket, eller at vanskelige følelser kan komme til overflaten. Disse problemstillingene ble tatt til etterretning på følgende måte; når det gjelder problemet med at informantene sa flere ting enn de muligens ønsket, er dette en problemstilling som gjelder for de fleste forskningsmetoder. Informantene ble allikevel informert om at deres intervju kunne slettes så lenge det ikke hadde inngått i analyser eller blitt brukt i vitenskapelige publikasjoner. Når det gjelder vanskelige følelser i forhold til sensitive temaer, har jeg konkludert med at det ikke er en overhengende fare for at dette intervjuet skulle kunne vekke sterkere følelser enn selve nettverksmøtene, i tillegg til at informantene skrev under på at de hadde lest og forstått de mulige konsekvensene av sin deltagelse i denne studien.

Min erfaring med intervjuene var at de fleste syntes dette gikk veldig greit. Jeg begynte hvert intervju med å forklare hvorfor jeg hadde med meg opptaker, og om det var greit for intervjuobjektet om denne ble brukt under intervjuet da det var mulig at viktige momenter ble borte uten. Alle informantene sa ja til dette uten innvendinger. Det ble også presisert at informantene kunne be om å få den slått av underveis, hvis de følte det ble ubehagelig. Ingen av informantene ba om å få slått av taleopptakeren underveis på grunn av

ubehag. Informantene ble også informert om at denne studien var konfidensiell og at alt de sa ikke kunne identifiseres senere.

Noen av intervjuobjektene reagerte følelsesladet på noen av temaene under intervjuet. Dette kunne manifestere seg som enten oppgitthet eller frustrasjon over en vanskelig situasjon, eller som tristhet. Jeg føler allikevel at informantene ble behandlet med respekt og forståelse i intervjusettingen, og at dette ikke plaget intervjuobjektene nevneverdig. Flere av informantene virket overrasket over hvor fort intervjuet var overstått, og presisert at jeg kunne ta kontakt hvis det var noe mer jeg lurte på. Med bakgrunn i dette, virket det som om alle informantene var fornøyd med gjennomføringen av intervjuene. Informantene fikk også beskjed om å ta kontakt, enten ved å ringe eller sende en epost hvis det var noe de selv lurte på.

4.0. Resultater

Jeg har valgt å dele dette kapittelet inn i to deler, hvor resultatene fra analyseringen av intervjuene til pasientene og de pårørende vil bli presentert hver for seg. Dette valget er tatt for å bedre kunne skille mellom resultatene i de to gruppene, og samtidig gi en enkel oversikt over resultatene. For å gjøre fremstillingen av resultatene noe lettere, har tegnene [...] blitt brukt underveis. Dette har blitt gjort i sitater hvor jeg har sagt ”ja” eller lignende når informanten har svart på et spørsmål. Tegnene har også blitt brukt når mindre relevante deler av sitatet til informanten har blitt utelatt. Når informantene har nevnt navn på sønn eller datter, har dette blitt endret til (navn) i denne avhandlingen. Når andre navngitte personer blir nevnt, har dette blitt anonymisert ved å skrive (navn) og hvem personen referer til. For eksempel (navn på moren) når morens navn blir nevnt. Uklare ord under transkriberingen står også i parentes. Betegnelsen han/hun blir brukt konsekvent i denne avhandlingen.

4.1. Pasientene

Det ble intervjuet fire pasienter i denne undersøkelsen, to menn og to kvinner, og alderen på disse informantene spente seg fra 20 til 65 år. To av pasientene ble som tidligere nevnt intervjuet i sitt eget hjem, en ble intervjuet etter et nettverksmøte på Akershus universitetssykehus, og en pasient ble intervjuet hjemme hos sine foreldre. Pasientene hadde hatt opptil tolv nettverksmøter, mens en av informantene var noe usikker på hvor mange han/hun hadde hatt, men konkluderte til slutt med at det var mellom fire og fem. Behandlingen med nettverksmøter var ikke avsluttet for tre av de fire pasientene. Pasientene ble i alt spurt om 26 spørsmål som omhandlet bakgrunnsinformasjon, deres tanker før, under og etter nettverksmøtene, samt spørsmål om deres sosiale nettverk (se appendiks 7 for intervjuguiden).

4.1.1 Bakgrunnsinformasjon

Som bakgrunnsinformasjon ble pasientene spurt om kjønn, alder, utdannelse, sivilstatus, diagnose, og hvor lenge de har hatt diagnosen. For å lettere kunne gå igjennom noen av spørsmålene i denne studien, vil de ulike svarene bli ramset opp mens antall informanter som svarte dette vil bli oppgitt i parentes bak hvert svar. Svarene på bakgrunnsinformasjonen vil

nå raskt bli gjennomgått. Når det gjelder utdanning, hadde en av informantene gått ungdomsskole med kurs i ettertid, en holdt på med videregående skole, og to hadde fullført videregående (en hadde tatt videre kurs senere). Sivilstatus var likt fordelt mellom gift, singel, kjæreste og skilt. Diagnoseoversikten er delt inn i; depresjon og asbergers (1), bipolar lidelse (1), OCD og akromegali¹ (1) og moderat depresjon og alkoholproblematikk (1). Sistnevnte informant svarte kun moderat depresjon da det ble spurt om diagnose, men det kom frem under intervjuet at denne personen hadde vært innlagt for en rusrelatert sekundærdiagnose. Pasienten la derimot også til at han/hun ikke hadde drukket alkohol de siste fem månedene. To av pasientene har hatt diagnosen i mellom cirka et og fem år, mens to har hatt diagnosen i mer enn ti år.

4.1.2. Nettverksmøtene

Når det gjelder spørsmålet om hva som gjorde at pasientene valgte å ha nettverksmøter, hadde tre av pasientene blitt anbefalt dette av behandler, mens en svarte at han/hun valgte å ha nettverksmøte for å få familien mer samlet.

Under intervjuene kom det frem flere årsaker til hva pasientene ønsket å bruke nettverksmøtene til. En av respondentene svarte at han/hun ønsket hjelp både til seg selv og familien:

”[...] Det som, det som var mest for meg, det var jo det at jeg fikk hjelp. Og at jeg fikk hjelp til å formidle denne sykdommen, at det var en sykdom jeg hadde, som, til familien min. At de også fikk hjelp da kan du si.” Informant 3.

En av respondentene svarte at han/hun ikke hadde noen forventninger til nettverksmøtene, men forklarte at han/hun ville ”teste det”. Det skal også nevnes at denne respondenten tidligere hadde vært igjennom mislykkede familierådgivninger, som kan ha gitt utslag i manglende forventninger til nettverksmøtene. En annen respondent svarte at han/hun ville at familien skulle forstå sykdommen han/hun hadde blitt diagnostisert med bedre, mens den siste respondenten svarte at han/hun ønsket å:

”Både opplyse og belyse mine problemer, og kanskje ta tak i en del av ting som jeg følte at pårørende, ehm, med beste mening gjorde på feil måte.” Informant 4.

¹ OCD (Obsessive Compulsive Disorder) er en angstlidelse som innebærer uønskede, vedvarende og påtrengende tanker og impulser, samt gjentakende handlinger som er beregnet til å undertrykke dem (Barlow & Durand, 2012). Akromegali er en godartet svulst i hypofysen.

Antall deltagere på nettverksmøtene blir fremstilt i tabellen under. De to lederne av nettverksmøtene er ikke inkludert.

Tabell 1: Antallet deltagere på nettverksmøtene:

	Antall deltagere på nettverksmøte	Antall familie-medlemmer	Antall venner/fjerne slektninger	Psykolog, psykiatrisk sykepleier o.l.	Pårørende som ikke ville møte opp
Informant 1	2	2		1 ²	
Informant 2	4	2		2	1
Informant 3	4	3	1 ³		
Informant 4	7	4	1	2	

På spørsmål om alle deltagerne på nettverksmøtet kjente hverandre fra før, svarte to ja på dette spørsmålet, og to nei. Informantene ble også spurt om det var noen som var spesielt viktig at var med på nettverksmøtene. På dette svarte en at det var viktig at familien var der, en svarte både familie og behandlere, og en svarte både foreldre, venninne og psykolog. Den siste respondenten svarte at det var viktig at alle i familien var til stede. Da alle informantene nevnte at det var viktig å ha familien til stede, tyder dette på at pasientene synes det er av vesentlig betydning å inkludere familien i behandlingsprosessen.

Kommunikasjon og åpenhet på nettverksmøtene var også et tema under intervjuene. På spørsmål om hvordan kommunikasjonen på nettverksmøtene var, svarte en av informantene at den ble gradvis bedre for hver gang, mens tre svarte at kommunikasjonen på nettverksmøtene var veldig bra;

”På nettverksmøte. Eh, det blir en veldig god dialog, og det blir veldig mange utspill. Eh, tanker og følelser. Og vi har fått opp en del ting, og fått ordnet opp i en del misforståelser. For man går på hver side og tror at man gjør det riktig, men så blir det feil for den andre. Og det har vært til veldig god hjelp. Det å bli, få klarhet i hvor grenser går blant annet.” Informant 4.

² Deltagerne på nettverksmøtet var i dialog med psykolog for deltagelse på nettverksmøte. De hadde fortsatt ikke kommet til noen konklusjon, men tidligere psykolog hadde vært med på møtene.

³ Deltager hadde med ei hun var tante til på kun et av møtene.

På spørsmål om hvordan det var å åpne seg for andre mennesker, svarte en av informantene at dette var veldig greit, en svarte at dette var noe som ikke var en prioritet tidligere, men at dette var noe han/hun hadde gjort etter hvert, og en informant synes dette gikk helt greit. Den siste informanten svarte følgende;

[...] Og det er klart det er tøft, og jeg klarte ikke, nok ikke å åpne meg alt for a (navn på behandler). Men det er akkurat som om det kommer mer og mer nå liksom. [...] Så, jeg føler egentlig at jeg har fått slått litt hull på den byllen ja, nå.” Informant 3.

En av respondentene svarte også at han/hun hadde bestemt seg for å være åpen på forhånd, mens en annen ikke hadde bestemt seg, men at det skjedde underveis. Her mangler det data for de to siste deltagerne. To av informantene sa også at de under nettverksmøtene fortalte om noe de ikke hadde fortalt om før, en annen la til at han/hun hadde fortalt veldig mye. Den siste respondenten svarte følgende:

”Ja, jeg har fortalt dem.. Moren min vet mye mer enn hva far vet. Og far har fått høre alt gjennom de nettverksmøtene da. [...] Så for han har det vært veldig mye nye ting da tror jeg.” Informant 2.

Informantene ble også spurt om hva som var viktig for dem med nettverksmøtene. Her svarte en av informantene at det var å forbedre kommunikasjonen samt å kunne snakke om og løse problemer som påvirket pasienten på en veldig negativ måte. En annen svarte at det var å fortelle om hvordan en selv har det, mens en trakk frem at pårørende fikk informasjon om sykdommen og at alle var der;

”Ja det var, det viktigste var det at familien min var med, at det, at de fikk informasjon om den sykdommen jeg har og at det er en sykdom jeg har, at dette her, all dritten jeg gjorde, det gjorde jeg ikke for det at jeg var ond eller alt sånt da.” Informant 3.

Den siste informanten hevdet at kommunikasjon og åpenhet, samt det å møte pårørende sammen med ekspertise var det viktigste med nettverksmøtene;

”Å møte mine pårørende sammen med ekspertise, og sånn at ting som ble diskutert kunne også, holdt på å si, eh. Hva skal jeg si? Støttes av psykiatrien da. Og at sånn og sånn er det faktisk, og sånn og sånn er det bedre å gjøre det, vinkle det på en litt annen måte, ikke bare meg som datter da, eller venninne skulle si noe. Men jeg fikk på en måte en, ja jeg fikk god støtte av fagpersonalet.[...] Det var altså, kommunikasjonen

og åpenheten. Det å få alle kort på bordene, også få sagt alt, alle tingene, og alle eventuelt tabusituasjonene, og få de opp på bordet. Og derfra å begynne å jobbe, og ha da, bruke den støtten på riktig måte, som jeg fikk fra mine pårørende.” Informant 4.

4.1.3. Det sosiale nettverket

Innenfor emnet sosialt nettverk ble informantene spurt om spørsmål som omhandlet deres sosiale nettverk, både før og etter at de fikk sine psykiske diagnose(r), samt eventuelle endringer som har funnet sted etter at de ble diagnostisert. På spørsmål om hvordan deres sosiale nettverk hadde sett ut før de ble diagnostisert, svarte en respondent at han/hun hadde vært sammen med alle mulig type mennesker, men at dette ikke var tilfellet lenger. En annen svarte følgende:

” Ehh. Før jeg fikk den første diagnosen så var det veldig mye større enn det det er nå. [...] Altså, før jeg begynte å gå til behandling her sånn, så var jeg ute stort sett hver eneste dag i uka, og hadde vel sikkert nærmere femti relativt gode venner. Så. Men. Det var jo grunnen til at jeg begynte å gå hit da. Sånn egentlig. Så...” Informant 1.

Den tredje respondenten svarte at han/hun alltid hadde hatt et godt nettverk, som besto av noen få, nære venner som han/hun virkelig kunne betro seg til, og la i tillegg til:

”[...] Men ellers har jeg mange venner sånn rundt ute der liksom. [...]” Informant 3.

Den siste respondenten svarte at han/hun hadde familie og ei venninne, men nevnte også at han/hun hadde andre, men som han/hun ikke støttet seg til.

Alle respondentene svarte ja på spørsmål om kontakten med nettverket eller det å få hjelp og støtte hadde forandret seg etter at livet ble ”vanskelig”;

”Ja, på en måte så har det det. Men det har... og det takket være nettverksmøtene. Fordi at nå har jeg fått på en måte gitt veldig tydelige og klare retningslinjer for hvordan jeg vil ha hjelp av mine pårørende. Sånn at det ikke blir, som jeg mente før, overtramp. Og derfor så kan jeg nytte meg, det blir en positiv støtte istedenfor negativ støtte.” Informant 4.

Informantene ble så spurt om deres sosiale nettverk hadde endret seg etter at de fikk diagnosen. Her svarte respondentene følgende: En av informantene svarte bekreftende på

spørsmålet, og utdypet med at det var de sporadiske vennene som han/hun kanskje var sammen med noen få ganger som han/hun ikke hadde så mye å gjøre med mer. En annen svarte at han/hun hadde et mye større nettverk før han/hun fikk diagnosen i forhold til etter:

”Ja. Det har det. Blitt, fått veldig veldig mye dårligere kontakt med alle vennene mine.” Informant 1.

En av informantene hevdet at det sosiale nettverket hadde blitt mindre, men på eget initiativ;

”[...] Ja. Har forandret seg på den måten at jeg, jeg er ikke, jeg slenger meg ikke med på alt mulig, sånn som kino eller skitur eller sånne ting og. Det er liksom, jeg er helt avhengig av hvem folk som spør da. Du har på en måte begrensa, begrensa ditt vennemiljø da, for å si det sånn.” Informant 2.

Det bør nevnes at den sistnevnte informanten tidligere i intervjuet sa at han/hun følte at mye av budskapet fra de andre på nettverksmøtene var at han/hun skulle prioritere sykdommen litt mer selv. Han/hun hevdet at han/hun måtte kutte ut ”en del folk” for å gjøre dette og skape mer ro, noe som kan forklare endringene i det sosiale nettverket. Den siste informanten hevdet at dette ikke hadde endret seg etter at han/hun fikk diagnosen;

”Nei. Det er jo der, verken mer eller mindre.” Informant 4.

Oppsummert hadde det sosiale nettverket endret seg etter at de hadde blitt diagnostisert, for tre av de fire informantene som var med i denne studien.

På spørsmål om hvem de henvender seg til når de behøver hjelp og støtte, svarte en av respondentene ingen, men familie hvis det var noe kritisk, en informant svarte seg selv, kjæresten og familien, en annen svarte fastlegen og venner, mens den siste svarte familie og venner, eller psykolog eller psykiatrisk sykepleier hvis det var noe helsesrelatert. Dette er med på å understøtte betydningen av et godt og velfungerende sosialt nettverk hos en pasient med psykiske lidelser, da familie og venner er personer som blir tatt i bruk når de har behov for hjelp og støtte. Alle informantene svarte bekreftende på spørsmålet om det var blitt lettere for dem å be om hjelp og støtte. Dette ble blant annet begrunnet med at de vet hvordan de andre i familien tenker;

”[...] Jeg forstår bedre åssen de tenker, og de forstår bedre åssen jeg tenker. Så det er lettere å, ehm, lettere å prate om de tingene her, og, lettere å, eller. De forstår meg

bedre når jeg ber om hjelp og, og de tingene jeg ber om hjelp om. Forstår de hvorfor jeg trenger hjelp og sånn. Så.. ja.” Informant 1.

En av informantene sa at han/hun er tryggere i situasjonen og at han/hun hadde mer erfaring, en annen informant svarte at han/hun kunne sette grenser og be om hjelp, og at det var lov å be om hjelp, og den siste informanten svarte at det var mindre skam og mer aksept;

” [...] Jeg føler ikke så mye skam, eller man føler mer aksept, at, at man må gå den veien og. Og ta og bruke den hjelpa man har, eller ta den hjelpa man har, eller å oppsøke den hjelpa man har da.” Informant 2.

Disse beskrivelsene viser en bredde i forhold til de noen av de positive effektene nettverksmøter gir for pasientene, både i forhold til hvordan de tenker om seg selv, og hvordan de samhandler med sine pårørende.

Informantene ble også spurt om de opplevde at deres nettverk vet hvordan de best kan hjelpe og støtte dem. To av informantene svarte at nettverket ikke visste hvordan de best kunne hjelpe og støtte pasienten:

”[...] Foreldrene mine, eh, de er nok veldig klar over hva som foregår, og de, og de, vet kanskje ikke hva som er den beste måten å hjelpe meg på, men de prøver i hvert fall. Så.” Informant 1.

En respondent svarte ja på dette spørsmålet. Den siste respondenten svarte både ja og nei;

”Ehm. Både ja og nei. Ehm. Det er vel en av de primære tingene som har løst seg vel.. Som har blitt mye bedre, etter at vi begynte med nettverksmøtene, fordi at jeg har fått satt klare linjer på hva jeg vil ha hjelp til, og når jeg vil.. Og at jeg kan si ifra om jeg vil ha hjelp eller ikke. At det er lov å si nei og, dette klarer jeg selv. Uten å ha dårlig samvittighet. (ler)” Informant 4.

Når det gjelder tidspunktet for nettverksmøtene, svarte alle de fire respondentene at de ville sagt ja eller ville hatt nettverksmøter på et tidligere tidspunkt;

”[...] Hadde jeg visst at jeg hadde diagnosen depresjon, som jeg sikkert har hatt flere år før jeg ble diagnostisert, og hadde jeg visst at det fantes nettverksmøter, ja helt klart, jeg hadde tatt hjelp mye mye før.” Informant 4.

Selv om alle informantene sa at de ville sagt ja til nettverksmøter på et tidligere tidspunkt, la to av informantene til dette;

”Ja, det er vanskelig å si da vet du, når det at du er så syk. For det er ikke sikkert at du vet ditt eget beste. Men, det kan godt hende. Jeg vet ikke. Vet du, det kan jeg ikke svare på. [...]” Informant 3.

”[...] Jeg vet, jeg vet egentlig ikke om jeg ville sagt ja på et tidligere tidspunkt fordi jeg, jeg var veldig ustabil selv da. Men jeg, jeg tror kanskje jeg ville ha gjort det. Men det er vanskelig å si.” Informant 2.

4.1.4. Opplevelsen av nettverksmøtene

Innenfor dette temaet ble informantene spurt om det var noe de ville trekke frem som positive og negative erfaringer knyttet til nettverksmøtene. Her svarte en respondent at man forstår hverandre bedre;

” Hmm. Egentlig bare det at jeg, at jeg bedre forstår foreldrene mine, og at de bedre forstår meg, og at det er.. at det kanskje kan være positivt sånn for behandlingen at de vet bedre åssen jeg tenker og åssen jeg takler forskjellige situasjoner og sånn.”
Informant 1.

Videre svarte en av respondentene at man er samlet i forhold til en lidelse. En annen svarte at familien får informasjon og hjelp, samtidig som han/hun får hjelp og støtte. Det bør nevnes at da jeg kom til dette spørsmålet hadde sistnevnte respondent allerede svart på dette i løpet av begynnelsen av intervjuet. Den siste respondenten svarte følgende;

“Ja, positivt er jo at man i en sånn setting ikke skal komme med en konklusjon om hvem som har rett og galt, og hvem som, altså. Det blir mer en meningsutveksling og eh, problemløsningsdialog, for å si det sånn. At det du sitter ikke der for at nå skal vi konkludere hva du skal gjøre neste gang, men hvordan kan vi løse, eller hvordan er det best for deg [...] Det er også jeg som bestemmer hva som skal tas opp i de møtene. Så det er jeg som har regien på en måte, jeg kommer ikke til det møtet og får tredd masse over hodet på meg som ikke jeg er forberedt på. Klart det kan komme opp ting, men da kan jeg også velge og si at vet du hva, i dag har jeg ikke mulighet til å snakke om det, da får vi vente med det til neste gang. [...]” Informant 4.

Alle respondentene trakk frem ulike positive erfaringer ved nettverksmøtene, som blant annet en bedre forståelse for hverandre og at det er pasienten som bestemmer hva som skal tas opp på møtene. Dette tyder på at nettverksmøter kan ha effekt på ulike områder for pasientene. Tre av informantene hadde ingen negative erfaringer knyttet til nettverksmøtene, mens en av informantene sa at han/hun opplevde mange tanker etter møtene, og at dette opplevdes som sterkt:

”Ja, hm. Det er jo egentlig ikke negativt, men, man føler, jeg har følt at det negativt at jeg etter møtene så blir det jo veldig mye tanker når du er aleine igjen.” Informant 2.

Når informantene ble spurt om de ville gjort noe annerledes om de skulle startet prosessen med nettverksmøter i dag, svarte en av respondentene nei, mens en svarte at han/hun håpet at det ikke tok like lang tid for andre pasienter å få tilbud om nettverksmøter fra de blir diagnostisert. En annen informant var litt usikkert og svarte følgende:

”Ja, neeei. Mm. Jeg vil, jeg føler jo det at jeg ville sagt at jeg skulle vært flinkere, men så tenker jeg, men hva er det jeg skulle vært flinkere i liksom. [...] Jeg tror jeg ikke hadde fått gjort noe annerledes, i forhold til min situasjon i hvertfall.” Informant 2.

Den siste respondenten svarte følgende:

”Vet ikke. Kanskje prøvd å være mer åpen for ting. Eh. Var veldig skeptisk til det her når det begynte, for jeg så ikke helt hensikten med det. Ehh. Men det var jo positivt, så kanskje være mer åpen.” Informant 1.

Informantene ble også spurt om det var noe som var annerledes i deres hverdag nå i forhold til for et år siden. Her ble svarene som følger; mindre sykdomssymptomer på grunn av møtene (1), at foreldrene er med på prosessen (1), at personen har blitt tryggere på at han/hun vet hvor god hjelp det er der, hvis han/hun blir syk igjen (1) og, har en mer stabil psyke og mer kontroll (1). Dette er alle momenter som viser bredden i nettverksmøtenes effekt på pasientene. På spørsmål om hva det har betydd for informantene å være med på eller å holde nettverksmøtene, svarte en av informantene at det hadde betydd utrolig mye, mens to av informantene svarte følgende:

”Nei det har, det har betydd, det er hovedrota i hele, det har betydd veldig mye. [...]”
Informant 2.

”Nei, jeg synes det har betydd masse. Jeg synes det har betydd alt. Ja, i den situasjonen jeg har vært i, så har det betydd alt. Ja. Så jeg bare, jeg bare lurte på hvordan jeg skal få det ut til pasienter som trenger det, hvor viktig det er at de tar i mot den hjelpa de får. Og at de tar imot nettverksmøter, og. [...]” Informant 3.

Den siste informant svarte følgende:

”Ehm. Det er litt vanskelig å si, men det har vel, betydd at jeg hvertfall fikk, har fått, eller har lært meg på en måte å kommunisere bedre med foreldrene mine, og kommunisere bedre når jeg har det dårlig, og, ehh, på at det. Ja, lære å si ifra om ting som, som jeg må endre på for å få det bedre. Eller noe sånt.” Informant 1.

Det siste spørsmålet informantene ble spurt om, var om deres syn på åpenhet i forhold til familie og venner hadde endret seg etter deltagelsen på nettverksmøtene, og eventuelt hvordan. Her svarte en av informantene at det hadde blitt lettere overfor familie, men ikke venner. En annen svarte at det hadde endret seg overfor både familie og venner:

”Til familie så har det jo forandra seg på den måten at det man.. Uansett om man tenker at det går en negativ vei, så må man bare prøve å kommunisere. [...] Og med venner så har det blitt måten at det... I forhold til dem så er det blitt mer sånn at.. Hvis man skal ha venner nå, så, bygge opp nye bekjenskaper eller nye vennskap, så er jeg blitt mye mer sterkere og, og klarere på hva jeg tolererer og ikke tolererer da.[...]” Informant 2.

En informant svarte at det hadde endret seg overfor familien i forhold til sykdommen, og at de nå kunne snakke åpent om det. Den siste informant sa at det nå i praksis hadde blitt lettere å si hva han/hun mente overfor sine pårørende. Ellers var det ingen av pasientene som utbroderte hvordan dette forholdet hadde endret seg. Dette viser allikevel at nettverksmøtene har bidratt til bedre kommunikasjon over familie, venner eller begge deler, for alle informantene, noe som kan tyde på at nettverksmøtene har gjort det lettere for informantene å snakke med pårørende og/eller familie. Oppsummert kan man si at pasientene som ble intervjuet hadde flere positive momenter å trekke frem ved sin deltagelse på nettverksmøter. Her nevnes blant annet en bedre forståelse av hverandre, og at nettverksmøtene har bidratt til at deres syn på åpenhet i forhold til venner og/eller familie har endret seg.

4.2. Pårørende

Som nevnt tidligere ble fem pårørende intervjuet i denne studien. Informantene besto av to mødre og tre fedre til pasientene. To av de pårørende ble intervjuet over telefon, en ble intervjuet etter et nettverksmøte på Ahus, mens de to siste informantene ble intervjuet hjemme hos seg selv. De pårørende ble i alt spurt om 14 spørsmål som omhandlet bakgrunnsinformasjon, deres tanker før nettverksmøtene, samt deres opplevelse av nettverksmøtene (se appendiks 7 for intervjuguiden). Som bakgrunnsinformasjon ble informantene spurt om utdanning i tillegg til alder og tilknytning til pasienten. Informantene svarte her; ingeniør (1), tekniker (1), økonom (2) og yrkesskole (1). Alderen til informantene spente seg fra 48 til 70 år.

4.2.1. Før nettverksmøtene

Innenfor dette emnet ble informantene spurt om spørsmål som omhandlet deres tanker før de ble med på nettverksmøtene. På spørsmål om hvordan de opplever å ha noen i sitt sosiale nettverk som har en psykisk lidelse, svarte en av informantene at det var veldig vanskelig, men at det blir lettere;

”Altså det har, det er ikke helt lett. Det er, det har vært veldig vanskelig. Men hvis jeg kan si da litte granne om det, så syns jeg det begynner å bli litt lettere, for det atte han det ser ut til at han begynner å komme seg, men det er, det er ikke lett.” Informant 5.

En annen av de pårørende svarte at det opplevdes som skremmende og veldig vondt, samt at informanten hadde tenkt mye på dette. En annen opplevde det som belastende;

”Nei, jeg veit ikke om jeg har reflektert noe så spesielt på det, det har vært en belastning selvfølgelig, men jeg vet ikke. Det er jo belastende selvfølgelig.” Informant 6.

En annen svarte at det var trist, samt at man mobiliserer for å prøve å være med å bidra til å komme videre og finne løsninger, og den siste informanten svarte følgende:

”Det har vært.. Eh, skal vi si, tidkrevende. Det har vært anstrengende på den måten at man alltid må være i.. i giv akt hele tiden. Den tiden som hun har vært da innlagt, har faktisk vært den beste tiden. For da vet vi at hun har vært ivaretatt. [...] Vi måtte kutte

ut egne aktiviteter, kutte ut for eksempel å reise noen steder, for det gikk ikke. Vi kunne ikke være vekke. Det var ingen andre som tok seg av henne hvis noe skulle skje. Det var det som var problemet.[...]" Informant 8.

Da nettverksmøtene har lagt vekt på åpenhet, ble også de pårørende spurt om dette punktet hadde bidratt til kommunikasjonen mellom dem selv og pasienten. Alle fem informantene svarte bekreftende på dette spørsmålet:

"Ja, det føler jeg vel egentlig ganske sterkt, fordi i møte, nettverksmøte, var jo det, det for å si hvor hun åpent fortalte om sitt problem, noe vi nok hadde vel ant og hatt mistanke om, men ikke hatt ordentlig dialog på. Så det gjorde det mye enklere å, ja, det var en lettelse, for da først følte jeg både at hun og vi kanskje kunne komme videre i situasjonen." Informant 7.

"[...] Det er det eneste stedet hvor vi har hatt en ordentlig kommunikasjon." Informant 9.

Dette viser betydningen av nettverksmøter som et forum hvor pasient og pårørende kan snakke åpent om sine problemer, samt forbedre kommunikasjonen seg imellom.

På spørsmål om de hadde hatt et behov eller et ønske om mer informasjon, både om sykdommen og pasientens egne behov før de ble med på nettverksmøtene, svarte to av informantene ja på dette spørsmålet;

"Ja. Veldig. Og.. Igjen altså.. Moren og jeg vi holdt på i to år her, og prøve å få informasjon. Vi fikk jo ikke noe av (navn). Og vi fikk ikke noe noen steder her. Det var ikke mulig å snakke med noen, og, vi skrev mailer og vi fikk beskjed om å holde oss unna. Og vi spurte spørsmål, eller, vi kom med informasjon og vi fikk beskjed om å ikke komme med informasjon. Vi fikk beskjed om å ikke si noen ting eller spørre om noen ting. Når vi sendte mailer for, på ting vi følte at var relevante at vi visste, så fikk vi beskjed om å ikke gjøre det, osv. Så vi hadde, vi visste ingenting om noen verdens ting, når... Og vi visste ingenting om hvordan vi skulle opptre som foreldre, hva vi skulle gjøre eller ikke gjøre, og hvorfor ting skjedde eller ikke skjedde, og hva vi kunne gjøre for å hjelpe til og.. Vi visste ingen verdens ting før disse møtene." Informant 9.

En annen informant svarte følgende:

”Ja, jeg synes det var veldig bra. Mhm. Det er altså. Han og jeg snakker mye sammen ellers og, men det liksom greit å få det litt mere, eh. Ja. På papiret hvis du kan si det sånn.” Informant 5.

Den fjerde informanten svarte både ja og nei, men la til:

”Både ja og nei egentlig. [...] Før nettverksmøtene kom i gang, så hadde vi behov for å få vite mer, hvor sto vi, hva skal vi gjøre, hva skal vi gjøre for ikke å gjøre feil. Hva skal vi gjøre for å gjøre ting riktig. For det at vi beskjed på at hun var veldig sårbar, veldig ehm, hva skal vi si, hvis vi gjorde noe feil så kunne vi ødelegge ting da, derfor var vi veldig forsiktig, men det var ingen som gav oss noe informasjon. Vi spurte om informasjon, fikk beskjed på sykehuset da at det hadde vi ingenting med, enkelt og greit. Det var ikke vårt bord. Ferdig med det. Det var helt klar melding, fra sykehuset.” Informant 8.

Den siste informanten svarte at dette behovet eller ønsket kom når tilbudet om nettverksmøter kom:

”Ja det var jo. Jeg vet ikke om jeg hadde akkurat noe (sånne) ønske, men det var jo, tilbudet kom jo, da ønsket jeg å delta.” Informant 6.

Når informantene ble spurt om de følte seg ivaretatt som pårørende, viste resultatene følgende; en av informantene var usikker;

”Det. Det veit jeg nesten ikke, jeg kan ikke svare ja på det i hvert fall, jeg synes ikke det.” Informant 5.

To av informantene svarte at de ikke følte seg ivaretatt før, men at det ble bedre etter nettverksmøtene:

”Men Nå føler jeg meg ivaretatt som pårørende, men de to første årene, nei.” Informant 9.

En annen informant svarte dette:

”Ja. Det kommer litt ann på hva du legger i ivaretatt. For det er jo ikke noen som har... Gått inn og konkret.. Sjekket ut hvordan vi har hatt det ikke sant. Det er vel mer vi

som har vært pådrivere selv til å komme inn i, på arenaer og i situasjoner hvor vi, vi føler at vi kunne hvertfall prøve å finne løsninger og finne ut av ting for å komme videre. Det har ikke vært noen, det har ikke vært noen arena hvor vi har blitt tilbudt å komme på banen, før dette kom opp da.[...]" Informant 7.

Den siste informantene svarte følgende:

"Ja, jeg synes egentlig (navn på kommune) her har vært flinke til å følge opp dette tilfellet, når det først skjedde noe, det tok tid kanskje, til det kom ordentlig i gang, men når det først gjorde det, så synes jeg de var veldig flinke til å, til å følge opp." Informant 6.

De ble videre spurt om hva som eventuelt kunne vært bedre. En av informantene sa at det kunne vært bedre, uten å utdype dette nærmere. En svarte at han/hun var fornøyd når det først ble tatt tak i. En informant ble ikke spurt om hva som eventuelt kunne vært bedre, men etterlyste mer informasjon på et tidligere stadium, og at systemet ikke la opp til at de skulle ha noe informasjon. Det bør nevnes at den sistnevnte informantene her svarte i "vi" form, men ut ifra sammenhengen tyder det på at informantene henviste til seg selv og ektefellen. Her mangler det data fra to av informantene.

4.2.2. Opplevelsen av nettverksmøtene

Under dette emnet ble informantene spurt om spørsmål som var knyttet til gjennomføringen av nettverksmøtene og deres tanker rundt nettverksmøtene. Det første spørsmålet informantene fikk innenfor dette emnet var om de hadde noen positive og negative erfaringer knyttet til nettverksmøtene som de ville trekke frem. Det mangler data for en av respondentene på dette spørsmålet. Angående de positive erfaringene, trakk to av informantene frem psykologen til pasienten;

"Det jeg opplever som positivt det er jo at psykologen som er med, og han kanskje har liksom, setter fokus på akkurat det som vi føler og, ja, hvertfall det jeg føler som har vært problemet gjennom mange mange år. Han, han, ja han forklarer situasjonen og tilfellene så kjenner jeg meg igjen hele veien egentlig." Informant 6.

En av informantene trakk frem faginstansene rundt pasienten, mens en trakk frem formen på møtene, at pårørende blir inkludert og at det ikke er en fastsatt tid på møtene;

”Det er ikke noe veldig negative erfaringer. Det positive er jo.. eh. Altså formen på det. Ja, det, formen på det virker veldig greit altså. Jeg har jo hatt disse skjemaene⁴, hvor jeg har, jeg stort sett fylt ut nesten maks hver gang. Det er ikke alltid vi snakker om veldig viktige ting, det er ikke alltid liksom vi kommer til noe kjernen i et eller annet problem, men det er jo ikke alltid noen plan for disse møtene heller, dette her skal jo ikke være psykologtimene til (navn), det er ment til å være kommunikasjon og hvor alle skal kunne si hva de føler for øyeblikket, og noen ganger så føler man mye og noen ganger føler man lite. Men formen på det, det sånn som (navn på lederen av møtet) gjør, det syns jeg er veldig bra. Spesielt det at de da etter, at de. Spesielt (navn på lederen av møtet) da, ikke bare spør (navn), men da spør hvordan har (navn på moren) hatt det, hvordan har jeg hatt det. Har vi noe å si om det, den typen ting. For det er også viktig at (navn) hører det. Også.. ja, formen på det er bra. Det har hvertfall gitt resultater. Også syns jeg det er bra det at det ikke er en fast tid på det, det blei alltid veldig stressa når du vet at du har tre kvarter og du må forte deg å få sagt det.. Men at vi ikke egentlig har noe sluttid. Så det holder på ofte et par timer. [...] Og det, det er ikke noe helt klar tid når det skal være ferdig. Og det betyr at vi kan faktisk gjøre oss ferdig.” Informant 9.

Da de positive erfaringene de pårørende har trukket frem blant annet innebærer; psykologen sin tilstedeværelse på nettverksmøtene, at pårørende blir inkludert og det ikke er en fastsatt tid på møtene, tyder dette på at de positive erfaringene med nettverksmøter er brede og omfatter ulike områder for de pårørende.

Fire av informantene hadde ingen negative erfaringer å trekke frem fra nettverksmøtene, men en av informantene la til at han/hun syntes det gikk litt tregt i starten;

”[...] det at jeg er litt sånn utålmodig i utgangspunktet, så jeg sa kanskje helt i starten, så følte jeg det at det skjedde ganske lite, men det var kanskje nødvendig at det gikk sakte fram. Det, har i hvertfall endret seg etter hvert.” Informant 6.

Det bør nevnes at en av informantene ikke hadde noen negative erfaringer med selve nettverksmøtene, men trakk frem momenter ved andre personer i det sosiale nettverket;

⁴ Disse skjemaene har noen ganger blitt delt ut etter nettverksmøtene, og her skal deltagerne på møtet fylle ut en likertskala fra veldig lite til veldig mye, om hvordan de føler at deres tanker har blitt hørt osv under nettverksmøtet.

”[...] Hvis det skulle være noe negativt, det er det ingen ting med møtene å gjøre, så har jeg jo registrert at mine to sønner har en helt annen måte å se og mene at tingene skal løses på som jeg tror på som fagekspertene har ment. De har nok vært mye mer sånn forretningsmessig og rasjonell og vil at hun skal gjøre ting sånn og sånn og sånn fordi dette tar for lang tid. Altså, det har vært min personlige opplevelse av at, ja, ikke for det at jeg ikke har ant det og sett det, men jeg har jo hvertfall fått det bekreftet, at de er ikke, de er ikke de ressurspersonene som de kunne vært. For å være helt ærlig. Mhm.” Informant 7.

Ingen av informantene betegnet nettverksmøtene som en ekstra ”byrde” i forhold til støtte av pasienten;

”Nei, det syns jeg ikke. Det syns jeg har vært, det har på ingen måte vært noen byrde, det har vært en, bare til fordel det.” Informant 6.

”Nei, ikke i det hele tatt. En gang i måneden her, det er absolutt ikke noe byrde.”
Informant 9.

På spørsmål om informantene følte at nettverksmøtene hadde vært med på å endre eller forbedre forholdet mellom dem selv og pasienten, svarte alle fem informantene at nettverksmøtene hadde forbedret forholdet de har med pasienten. Informantene ble ikke spurt om på hvilke måter dette hadde endret seg, slik det står i intervjuguiden, men svarte allikevel utfyllende på dette. Her svarte en av informantene at det kanskje hadde gitt han/henne et mer normalt syn på psykiatriske lidelser, mens en annen svarte at pasienten blant annet har blitt mer åpen:

”Ja det syns jeg. Han har blitt litt mer åpen, og vil prate mer og han skjønner kanskje litt mer av sin egen situasjon. Han, jeg tror kanskje det at han ikke har gjort det tidligere.” Informant 6.

En informant svarte at han/hun skjønner pasientens situasjon bedre;

”Ja, absolutt. Det har fått meg til å forstå hans situasjon, en forståelse jeg aldri hadde fått uten de møtene, fordi at (navn) ikke sier noen ting. [...] Og fordi at selvfølgelig ingen andre sier noen ting, for det har de ikke lov til, og det skjønner jeg jo. Men disse møtene har fått fram, (navn) har klart å si veldig mye i løpet av alle disse møtene, som vi ikke har fått vite ellers, så absolutt.” Informant 9.

De to siste informantene svarte at kommunikasjonene hadde blitt bedre;

”Jeg tror kanskje at vi på grunn av møtene hvor ting har vært så åpent diskutert, så har vi kanskje, kommet litt tettere i dialog igjen. For det er klart når man har levd over en lang periode med en person som man føler at det er ting som absolutt burde vært tatt tak i, og du når ikke frem, så blir det en veldig anspent dialog. Så det er vel det som har vært en del av, ja, det positive da, at nå kan vi sette ord på, vi kan kalle en spade for en spade, det er vel det som er det. Det tror jeg det er det jeg kan si om det. Det har hvertfall ikke blitt dårligere, hell, det er enklere å kommunisere.” Informant 7.

Disse momentene viser at nettverksmøtene har vært med på å endre forholdet mellom pasient og pårørende i en positiv retning, både i forhold til at pasienten har blitt mer åpen, og at kommunikasjonen har blitt bedre.

På spørsmålet ”I lys av det du vet i dag, ville du gjort noe annerledes om du skulle startet denne prosessen i dag?”, svarte alle informantene nei. Informantene fikk også spørsmål om det var noe som var annerledes i deres hverdag nå i forhold til for et år siden. Her svarte informantene følgende; pasienten har det bedre, derfor har jeg det bedre:

”Ja, i forhold til at han virker å ha det bedre, så får jeg det bedre. [...] Så, så på den måten blir min hverdag bedre.” Informant 5.

En annen informant svarte at det kanskje ble en løsning nå, slik at pasienten kommer i en normal situasjon igjen. Et annet svar var at informanten slappet mer av og vet at ting er på riktig spor:

” [...] Det har nå i hvert fall blitt mye enklere for oss å leve igjen i vår egen setting, for det at vi, vi har vel kanskje også gjennom nettverksmøtene fått bekreftet at situasjonen er langt på vei i det riktige sporet, uten at, jeg er realist, så man kan jo aldri spå om fremtiden, men jeg slapper av og har senket skuldrene mye mer enn jeg hadde gjort tidligere. (ler). Så det er vel det jeg kan si om den.” Informant 7.

Et annet svar var at pasienten tilsynelatende fungerer, at informanten var tryggere på at pasienten fungerer, og at han/hun stolte på at pasienten ber om hjelp hvis det var behov for det. Den siste informant svarte følgende:

”Jeg har mye mer forståelse av (navn). Og... Jeg tror, jeg er ganske sikker på at (navn) har et annet forhold til meg. Et bedre forhold. Og, (navn) har tross alt begynt å gå på

skole og komme seg videre. Jeg vet ikke om det bare er på grunn av nettverksmøte, om det hadde skjedd ellers, det kan man jo selvfølgelig aldri vite. [...] Og vi har gjort en del ting sammen på grunn av ting vi har blitt enige om her, som vi kanskje ikke hadde fått snakket om hvis det ikke hadde vært for disse møtene.” Informant 9.

Informantene ble også spurt om deres syn på åpenhet i forhold til familie og venner hadde endret seg etter deltagelsen på nettverksmøtene. Oppfølgingsspørsmålet om hvordan dette eventuelt hadde endret seg kom ikke frem under intervjuene, men fire av de fem respondentene begrunnet allikevel svarene sine. To av informantene hevdet at deres syn på åpenhet i forhold til familie og venner har endret seg etter deres deltagelse på nettverksmøtene;

”Ja. Jeg tror nok det, at jeg er litt mer åpen om at han har psykiske plager.” Informant 5.

”Ja, for det at nå behøver vi ikke å holde ting hemmelig kan du si, sånn. Folk ville jo gjerne vite med en gang, hva er det som skjer, hva er årsaken, hva er dit og hva er datt. Vi visste jo ikke. Vi hadde jo ikke fått noen bekreftelse på sånn og sånn, vi har fått dårlig informasjon og kanskje ikke informasjon som vi vil gå ut og kringkaste heller. Men i dag, er ikke det noe problem. Nå vet vi jo hvem vi kan stole på, så det er jo greit nok, så de, de vet det. Men ellers så snakkes det lite om det.” Informant 8.

En av informantene hevdet at nettverksmøtene ikke hadde bidratt til større åpenhet:

”Nei, det er ikke noe vesentlig krav det. Vi har vært åpne på dette her hele veien egentlig, vi har vært åpne på det i forhold til venner og bekjente og kanskje ikke de helt nærmeste, sånn som foreldrene våre, besteforeldrene til gutten da, har vi vel skjerna litt i forhold til dette herre her. [...]” Informant 6.

En annen informant sa han/hun alltid hadde vært åpen, men la til følgende:

”Jeg har alltid vært en åpen person, jeg liker, eller liker, jeg ønsker og har vel alltid praktisert å sette ord på problemene, for det hjelper meg. [...] Det har hvertfall avdekket ja, hvem som, virkelig bryr seg og hvem som kanskje ikke var.. det har endret syn på en del mennesker rundt meg, det må jeg ærlig si. De jeg trodde kanskje ikke var så veldig til stede de har vært der, de som jeg absolutt hadde trodd på og

ønsket, de kan vir.. ikke alle de har vært så synlige. Så, det har vært en sideordnet ting av prosessen.” Informant 7.

Den siste informant svarte nei på dette spørsmålet. To av de fem informantene hevdet at deres syn på åpenhet i forhold til familie og venner hadde endret seg etter deltagelse på nettverksmøtene, noe som tyder på at nettverksmøtene også kan føre til bedre kommunikasjon for pårørende i forhold til deres kontakt med både familie og venner.

Avslutningsvis ble informantene spurt om hva det har betydd for dem å være med på nettverksmøtene. Følgende svar ble gitt på dette spørsmålet;

”Det betyr kanskje det at vi får litt bedre kontakt med, for det har jo vært litt av problemet hele veien at vi har kanskje ikke nådd fram med våre synspunkter og det har kanskje ikke gått så inn på ja, det at det, som vi føler kanskje at det burde gjøre i sånne råd, vi foreldre blir kanskje satt litt til side, det gjør vi vel sikkert, det er vel normalt for alle ungdommer da, at det foreldrene sier er kanskje ikke det som de henger seg mest opp i, de tar mest, legger mest vekt på den, det er jo mange av de synspunktene som vi kanskje føler at vi har prøvd å bidra med og, eller at kanskje det har blitt forsterka litt av det derre gruppa, og understreket litt av gruppa. At det liksom litt av alvorret i, at livet er ingen dans på roser, sånn som kanskje ungdommen også tror i mange tilfeller da. Ja. De lever deretter. (ler)” Informant 6.

En annen informant svarte at pasienten har blitt bedre, og hvordan dette påvirket han/hun:

”Det det har betydd er at det.. møtene har hjulpet (navn) til å bli bedre. Og det betyr selvfølgelig innmari mye for meg. Så det å være med på møtene har betydd at sønnen min har blitt bedre.” Informant 9.

En annen informant mente blant annet å ha fått en annen innsikt på problemstillingen;

”Det har betydd at jeg har fått, jeg har fått en annen innsikt i hele problemstillingen, jeg har møtt fagkompetanse som har vist at de har virkelig brydd seg om datteren min, og for så vidt også om oss andre, og forstått situasjonen altså. De har, ja de har i hvert fall bidratt til at tingene har gjort, blitt lettere å forholde seg til, hele saken, ja det tror jeg jeg må konkludere med. Jeg vet mer om tingene og, og jo mer du vet jo lettere kan du forholde deg til, ikke sant. Så, jeg syns det er fint hvis de kan fortsette i en periode videre, for det, ja, jeg, jeg tror vi trenger det alle sammen. Mhm.” Informant 7.

En annen svarte følgende:

”For meg har det betydd at jeg får være en del av en prosess, egentlig. Jeg ser jo det at det er fremdrift, og det var jeg ute etter. Og det har det betydd.” Informant 8.

Den siste informanten mente at det var viktig å få luftet sine egne tanker også;

”Det, at jeg får lufta mine tanker litt og. Og ja. Hvis at jeg kan si det sånn da. [...] Får sagt litt om hva jeg tenker og.” Informant 5.

At informantene trakk frem ulike momenter ved dette spørsmålet, som bedre kontakt mellom pasient og pårørende og at informanten har fått en annen innsikt i problemstillingen, viser noen av elementene hvor nettverksmøtene har hatt betydning for de pårørende. Oppsummert kan man si at de pårørende som ble intervjuet i denne studien hadde flere positive momenter å trekke frem ved sin deltagelse på nettverksmøtene, som blant annet bedre kommunikasjon og et bedre forhold mellom pårørende og pasient. Det bør også trekkes frem at ingen av de pårørende så på nettverksmøtene som en ekstra byrde i forhold til å støtte pasienten.

5.0. Diskusjon

Betydningen av det sosiale nettverket sin funksjon i forhold til menneskers psykiske og fysiske helse, har lenge vært av stor betydning for forskere. Sammenhengen mellom et godt sosialt nettverk og god psykisk helse, har blant annet blitt dokumentert av Cohen, Gottlieb og Underwood (2000). Tidligere teorier har som nevnt tidligere i denne avhandlingen, også fokusert på hvordan sosial støtte kan ha en positiv effekt på blant annet traumatiske hendelser (Fawzy, et al., 1990), psykologiske tilpasninger (Andersen, 1992), og kroniske lidelser (Spiegel, Bloom, & Kraemer, 1989). Jeg vil nå oppsummere hva jeg mener er de viktigste funnene i denne studien og bekrefte eller avkrefte hypotesene som ble fremlagt tidligere i denne avhandlingen.

5.1. Resultater og hypoteser

Jeg vil trekke frem følgende analyser fra pasientene i studien; alle pasientene svarte ja på spørsmål om kontakten med nettverket eller det å få hjelp og støtte hadde forandret seg etter at livet ble ”vanskelig”. Når pasientene ble spurt om hvem de hadde henvendt seg til når de hadde behov for hjelp og støtte, svarte respondentene blant annet familie, venner og faginstanser. Dette er med på å understøtte betydningen av et velfungerende og godt sosialt nettverk hos en pasient med psykiske lidelser, da familie og venner er personer som blir tatt i bruk når de har behov for hjelp og støtte. Alle pasientene hevdet også at det hadde blitt lettere å be om hjelp og støtte etter at de hadde vært med på nettverksmøtene. Dette ble blant annet begrunnet med at man nå syntes å vite hvordan familiemedlemmene tenker, at man er tryggere i situasjonen, at man nå kan sette grenser og be om hjelp, og at man føler mindre skam og mer aksept i forhold til sin egen lidelse. Dette viser en bredde i de positive effekter nettverksmøtene har for pasienters tanker og følelser overfor sine pårørende. Tre av informantene hevdet at nettverksmøtene hadde betydd veldig/utrolig mye eller alt for dem, mens en informant hevdet at kommunikasjonen mellom pasienten og pårørende var blitt bedre, også når pasienten var dårlig. Pasientene ble også spurt om det var noe som var annerledes i deres hverdag nå i forhold til for et år siden. På dette spørsmålet svarte pasientene; mindre sykdomssymptomer på grunn av nettverksmøtene, at foreldrene er med på prosessen, at personen er tryggere på at han/hun vet hvor god hjelp det er hvis han/hun blir syk igjen, og en mer stabil psyke og mer kontroll. Når det gjelder positive erfaringer med nettverksmøtene, trakk pasientene blant annet frem at pasient og pårørende forstår hverandre bedre, mens en svarte at man er samlet i forhold til en lidelse. Ingen av pasientene i denne

studien hadde opplevd noen nevneverdige negative erfaringer med nettverksmøtene. Det bør også nevnes at to av informantene ikke opplevde at deres pårørende visste hvordan de best kunne hjelpe pasienten, mens en svarte ja på dette spørsmålet, og en svarte både ja og nei. At alle pasientene ville sagt ja til deltagelse på nettverksmøtene hvis de hadde fått tilbud om dette tidligere, bør også trekkes frem som et viktig moment fra denne studien.

Når det gjelder pårørende, vil jeg trekke frem følgende resultater; alle de pårørende i denne studien syntes det var vanskelig å være pårørende for en psykiatrisk pasient, av ulike årsaker. Alle hevdet imidlertid at kommunikasjonen mellom dem selv og pasienten hadde blitt bedre som følge av nettverksmøtene. Dette ble blant annet begrunnet med at det var det eneste stedet hvor de har hatt en ordentlig kommunikasjon. Flere av informantene sa at de ikke følte seg ivaretatt som pårørende før de fikk tilbudet om nettverksmøter. To av de pårørende hadde et ønske eller et behov om mer informasjon både om sykdommen og pasientens egne behov før de ble med på nettverksmøtene. En informant svarte både ja og nei, men utdypet blant annet med at vi hadde et behov for å vite mer. Her svarte informanten i ”vi” form, men ut ifra sammenhengen tyder dette på at han/hun henviser til både seg selv og ektefellen. En annen svarte at det var greit å få det litt mer på papiret. Den siste informanten hevdet at dette behovet kom når tilbudet kom. Flere av de pårørende nevnte også i denne sammenheng problematikken med taushetsplikten som faginstanser har i forhold til pasienten, og som de mente medførte at de ikke fikk tilstrekkelig informasjon. Da taushetsplikt i forhold til pårørende er et omfattende felt, og grunnet begrensninger i denne avhandlingen, vil ikke dette punktet bli videre diskutert. Når det gjelder positive erfaringer, vil jeg her trekke frem psykolog/faginstanser og formen på møtene (at møtet ikke har noe bestemt tema og at det ikke er avsatt en viss tid), som eksempler på dette. Fire av informantene hadde ingen negative erfaringer i forhold til nettverksmøtene, mens en svarte at han/hun syntes det gikk litt tregt i starten. Dette sistnevnte punktet kan muligens tilskrives nervøsiteten eller eventuelt ubehag ved å skulle sitte sammen og snakke om emosjonelle temaer man har unngått å snakke om tidligere, som igjen kan ha ført til at det gikk noe tregt i startfasen av behandlingen. Det er også mulig at intervensjonsformen, eller det at man ikke skal komme til noen konklusjon eller direkte løse noen problemer, er uvant for deltagerne. En av de pårørende trakk derimot frem et negativt moment, men som ikke hadde med nettverksmøtene å gjøre. Dette er derimot et punkt som bør trekkes frem i avhandlingen, både for å vise kompleksiteten ved slike situasjoner, samt hvor vanskelig det kan være for pasient og pårørende å samarbeide om et felles problem. Den pårørende nevnte at hans/hennes andre barn ikke ble opplevd som de ressurspersonene de kunne vært. Dette viser kompleksiteten i denne intervensjonsmetoden,

som tyder på at det kan være vanskelig for pasient og pårørende å se situasjonen på samme måte, samt skape enighet om hvordan problemene skal løses. Dette er en av utfordringene ved å arbeide med nettverksmøter, da de ulike deltagerne har ulike oppfatninger om hvordan man skal løse problemer som har oppstått, samtidig som nettverkslederne skal fasilitere for god dialog og samarbeid. Alle informantene svarte at nettverksmøtene hadde vært med på å forbedre forholdet mellom dem og pasienten. Her ble blant annet forbedret kommunikasjon trukket frem fra de pårørende. Ingen av de pårørende sa at de opplevde det som en byrde å være med på nettverksmøtene.

Denne oppsummeringen gir grunnlag for å svare på hypotesene som ble fremlagt tidligere i denne avhandlingen. Den første hypotesen var ”Hvordan opplever pasienter med lettere psykiske lidelser (som for eksempel angst og depresjon) å delta på et tiltak som mobiliserer det private nettverket?” Ifølge resultatene fra denne studien, vil jeg hevde at alle pasientene virket positive i forhold til sin deltagelse på nettverksmøtene. De nevner blant annet at nettverksmøtene har betydd veldig mye eller alt for dem, at kommunikasjonen mellom pasient og pårørende har blitt bedre, og at deres opplevelse av positive erfaringer langt på vei overveier de negative.

Den andre hypotesen; ”Hvilke endringer eller resultater gir nettverksmøtene ifølge pasientene og deres pårørende?”, har nå blitt grundig gjennomgått og gir også grunnlag for å konkludere med at alle informantene i denne studien kun hadde positive erfaringer knyttet til sin deltagelse på nettverksmøtene. Det var derimot en pasient som nevnte at han/hun opplevde mange tanker etter nettverksmøtene, og at dette opplevdes som sterkt. Jeg vil hevde at dette er en normal reaksjon som ofte kan komme når man snakker med andre personer om emosjonelle temaer. Dette oppstår for eksempel ofte etter at pasienter har hatt en en-til-en time hos en psykolog, eller at de skriver om vonde tanker og opplevelser. En av de pårørende nevnte også at han/hun syntes det hadde gått litt tregt i starten. Jeg vil derimot hevde at det er tydelig at disse negative opplevelsene blir veid opp for gjennom de positive følgene av å delta på nettverksmøte. De positive effektene ved å være med på nettverksmøtene for pasientene var blant annet at de følte det var lettere å be om hjelp, at de nå føler mindre skam og mer aksept, og at kommunikasjonen med nettverket hadde blitt bedre. Alle pårørende hevder blant annet at nettverksmøtene har bidratt til bedre kommunikasjon med pasienten, og at forholdet dem imellom også hadde forbedret seg.

Den tredje hypotesen; ”Opplever pårørende det som en byrde å være deltager på nettverksmøtene?” ble tilbakevist i denne studien, da ingen av de pårørende opplevde det som en byrde å være med på nettverksmøtene, heller tvert imot.

5.2. Relevante teorier

Som det ble poengtert i teoridelen av denne avhandlingen, kan en kronisk lidelse, enten den er psykisk eller fysisk, føre til at det sosiale nettverket trekker seg tilbake. En følge av dette kan være at nettverket går i oppløsning. Har en pasient en slik lidelse, kan behovet for hjelp og støtte hos pasienten bli større, samtidig som belastningen på venner og familie øker. Klarer man derimot å mobilisere det sosiale nettverket, kan dette føre til at noen av problemene som har oppstått kompenseres for og reduseres (Fyrand 2005). Resultatene fra denne studien viser at dette er tilfellet ved bruk av nettverksmøter ved Ahus. Hos flere av pasientene som var med i denne studien, kom det frem at de opplevde mindre sykdomssymptomer, at de hadde en bedre forståelse for hverandre, og at de hadde en mer stabil psyke og mer kontroll. Dette støtter altså opp under teorien til Fyrand (2005).

Den bevisste aktiveringen og mobiliseringen av det sosiale nettverket til pasienten er en av målsettingene med nettverksmøter. Det kommer klart frem av resultatene i denne studien at nettverksmøtene har klart å aktivere og mobilisere det sosiale nettverket til pasienten. Dette gjelder hovedsakelig primærgruppen til pasienten, da nettverksmøtene i denne studien hovedsakelig besto av denne gruppen. Dette kommer klart frem i beskrivelsen av primærgruppen som relativt liten og at kontakten mellom nettverksmedlemmene er hyppig og har vart over lang tid (Fyrand, 2005). De positive resultatene som har kommet frem i denne studien i forhold til aktiveringen av det sosiale nettverket, kan muligens komme av at pasienten opplever hjelp fra det sosiale nettverket sitt som tilgjengelig (Sarason, Sarason, & Pierce, 1990). Å samle det nærmeste nettverket til pasienten, kan være med på å synliggjøre den mulige hjelpen som finnes i nettverket. Det er naturlig å tro at denne aktiveringen også kan sette i gang ulike former for støtte fra det sosiale nettverket. Denne avhandlingen har tatt for seg tre ulike former for sosial støtte; emosjonell støtte, instrumentell støtte og informasjon. Emosjonell støtte dreier seg om tilgjengeligheten til en eller flere personer som kan være sympatiske når de lytter til problemene til vedkommende. Her er det naturlig å tro at nettverksmøtene blir oppfattet som en arena hvor dette finner sted. Dette kan blant annet begrunnes med at pasientene på disse nettverksmøtene hevder å oppleve støtte ved at deres nærmeste samles for å diskutere og komme frem til løsninger på ulike problemer i forhold til pasienten. Emosjonell støtte skal også innebære omsorg og aksept for vedkommende. Mer aksept og mindre skam ble blant annet diskutert som en del av resultatene i denne studien. Det er også naturlig å tro at pasientene opplever en form for instrumentell støtte under nettverksmøtene. Gjennom instrumentell støtte opplever personen konkret hjelp til ulike praktiske ting når det er nødvendig. Tegn på dette kom frem i denne studien, da for eksempel

en av pasientene fikk hjelp til videre skolegang gjennom bruk av nettverksmøter. Informasjon som en form for sosial støtte dreier seg om å komme med kunnskap som er nyttig for å løse problemer. Informasjon kan for eksempel være å gi råd og veiledning eller å gi informasjon om for eksempel kommunale ressurser. Eksempler på dette kom frem i denne studien, da en av informantene blant annet hadde med seg en person fra NAV på sine nettverksmøter. I tillegg vil det være naturlig å tro at det kom frem informasjon som omhandlet pasientenes sykdom(mer) under nettverksmøtene, slik at denne kunnskapen ble tilkjennegjort overfor de pårørende. Det er vanlig at både pasient og pårørende snakker om hva de synes er vanskelig i hverdagen og hvordan dette skal løses under nettverksmøtene. Disse punktene kan ses på som eksempler på informasjon som en form for sosial støtte (Johansen, 2011; Wills & Shinar, 2000).

Innledningsvis ble det poengtert at mengden informasjon pårørende er i besittelse av, kan være av betydning i forhold til hvordan de opplever og takler situasjonen de er i. God informasjon kan i så måte gjøre livet lettere og sykdommen enklere å takle, både for pasient og pårørende. Informasjon og økt kunnskap om sykdommen kan gi pårørende trygghet, samtidig som det kan hindre frustrasjon og uforstand (Jensen, 2007). Dette momentet kom også frem i denne studien, da en av de pårørende poengterte at han/hun nå visste mer, og at det har blitt lettere for vedkommende å forholde seg til saken.

5.2.1. Buffermodellen og tre-fase-modellen

I teoridelen av denne avhandlingen ble både buffermodellen og hovedeffektmodellen gjennomgått som teorier som kan forklare de mulige effektene av denne studien. Cohen og Wills (1985) hevder at den positive korrelasjonen mellom sosial støtte og velvære (well-being) kommer som et resultat av en av disse to modellene. Det ble tidligere i avhandlingen konkludert med, på bakgrunn av at det er vanskelig å vite hva som er årsaken til pasientenes lidelser, at bufferteorien ville slå inn i denne studien. Dette ble også begrunnet med at et sosialt nettverk vil ha en positiv effekt på både pasient og pårørende som er deltagere på nettverksmøtene. Det kan derimot diskuteres om de tre kriteriene for at buffereffekten skal slå inn har blitt oppfylt i denne studien. Disse tre kriteriene er som nevnt tidligere; at studien må tilfredsstillende noen minimumskrav til metode og statistikk, at den sosiale støtten må måles ved å undersøke den oppfattede tilgjengeligheten til det sosiale nettverket, og at de støttefunksjonene som blir undersøkt må være noen som breddt øker nyttige

mestringsferdigheter. Jeg vil hevde at denne studien oppfyller disse tre kravene. For det første vil jeg hevde at den oppfyller kravet til både metode og statistikk, blant annet ved at studien er gjennomført ved bruk av semi-strukturerte intervjuer og observasjon. Metodene som er brukt, spesielt de semi-strukturerte intervjuene, er de best egnede for å få den utfyllende informasjonen man er på utkikk etter. Det andre kriteriet som sier at den sosiale støtten må måles ved å undersøke den oppfattede tilgjengeligheten til det sosiale nettverket, vil jeg også hevde er oppfylt. Dette passer inn i uttalelsen til Cohen og Wills (1985) om at studier som bruker instrumenter som måler strukturen til det sosiale nettverket, og de som måler graden av hvor mye sosial støtte som har blitt gitt tidligere, ikke har funnet buffereffekter. Det kan derimot diskuteres om denne studien har undersøkt graden av hvor mye sosial støtte som har blitt gitt tidligere eller ikke. Jeg vil hevde at den ikke gjør det, da spørsmålene intervjuobjektene ble spurt om omhandlet *endringer* i deres sosiale nettverk, og omhandlet ikke spørsmål som gikk direkte inn på hvor mye sosial støtte som har blitt gitt tidligere. Det siste kriteriet, som hevder at de støttfunksjonene som blir undersøkt, må være noen som bredt øker nyttige mestringsferdigheter, vil jeg også hevde blir oppfylt i denne studien. Det vil være naturlig å tro, blant annet med bakgrunn i den tidligere forskningen gjennomført av blant annet Andersen (1987, 1994, 2006), Fyrand, Moum, Finset og Glennås (2003), og Seikkula (1994, 2002a, 2006), at nettverksmøter er en intervensjon som bredt øker nyttige mestringsferdigheter. Med bakgrunn i informasjonen som har kommet frem i denne studien, vil jeg hevde at det finnes grunnlag for å si at buffermodellen kan beskrive de positive effektene av nettverksmøter. Dette begrunnes med at pasientene er i en stressende situasjon som følge av deres psykiske lidelse, samt forbedringene som har funnet sted i forhold til deres sosiale nettverk. Denne studien er dermed også med på å underbygge resultatene til Revenson, Schaffino, Majerovitz og Gibofsky (1991) som viste at positiv støtte fungerer på en stressbufferende måte, og Cohen og Wills (1985) sin studie som hevder at sosial ressurser kan påvirke velvære (well-being).

Tidligere i denne avhandlingen ble Holyoke-teamets tre-fase-modell nevnt som en modell som viser de terapeutiske målene ved nettverksmøter. Disse fasene er; *convening*, *connecting* og *shifting the locus of control from the therapeutic team to the network* (Halevy-Martini, Hemley-Van der Velden, Ruhf, & Schoenfeld, 1984). Resultatene fra denne studien viser at nettverksmøtene som ble undersøkt dekker de to sistnevnte punktene; *connecting* og *shifting the locus of control from the therapeutic team to the network*. *Connecting*-fasen blir oppfylt i denne studien, da jeg vil hevde at nettverksmøtene skaper et sted hvor deltagerne kobles sammen som en gruppe. Under nettverksmøtene blir både ubehandlede følelser delt,

positive følelser deles, samt at hemmeligheter avdekkes. Dette sistnevnte kan eksemplifiseres ved at en informant blant annet hevdet i sitt intervju at han/hun hadde bestemt seg før nettverksmøtene å være åpen og dele alle hemmeligheter. Den siste fasen som omhandler en endring av kontrollplasseringen, vil jeg også hevde blir oppfylt, da nettverksmøtene virker å være en arena hvor problemer luftes og hvor deltagerne prøver å endre disse. Det virket også på informantene at de delte ansvaret i forhold til å finne løsninger på problemene, og at de i stor grad lyktes med dette. Den første fasen ble derimot ikke oppfylt hos fire av de fem nettverksmøtene som er med i denne studien, ved at de kun hadde familien, og ikke venner og bekjente til stede under nettverksmøtene. Informanten som hadde med seg ei venninne gjorde det klart under intervjuet at denne personen var en person som sto han eller henne veldig nær. Ut ifra dette kan man kanskje trekke den konklusjonen om at denne vennen kan gå som en del av primærgruppen til pasienten, noe som vil si at denne studien kun hadde med informanter som hadde primærgruppen sin med på nettverksmøtene. Med bakgrunn i at disse tre fasene blir betraktet som hovedmålene for et vellykket nettverksmøte, kan man derfor tenke seg at nettverksmøtene som har vært grunnlaget for denne studien, kan ha et større potensial i forhold til positive effekter. Det kan derimot være naturlig å tro at å ha med seg venner på nettverksmøtene kan tilføre en ny dimensjon til samtalene. Det kan muligens være unaturlig for pasienten å diskutere nære og emosjonelle temaer med både familie og venner til stede, og dette kan muligens sette en stopper for prosessen som helhet. Det bør derimot trekkes frem at resultatene i denne studien er meget positive, og det kan derfor være naturlig å trekke den konklusjonen at mangelen på fasen *convening* ikke har vært av stor betydning for resultatene i denne studien, også med bakgrunn i at deltagerne på møtene tok tak i sine problemer og forbedret disse ved bruk av nettverksmøter.

Det finnes også grunnlag for å si at man gjennom nettverksmøtene mobiliserer ressurser slik at noen av problemene som sykdommen fører til kan kompenseres og reduseres. Nettverkets kvalitet og kvantitet før sykdommen kan ifølge Fyrand (2005) være av avgjørende betydning for om nettverket klarer å mobilisere ressursene eller ikke. Flere av pasientene i denne undersøkelsen hevdet at deres nettverk hadde vært større og bedre før de ble diagnostisert. Det var kun en av pasientene som sa at nettverket var uforandret, og en sa at det hadde blitt mindre, men på eget initiativ. Med bakgrunn i dette kan man trekke konklusjonen om at nettverkets kvalitet og kvantitet før sykdommen (spesielt kvalitet) ikke var særlig høy. Det bør derimot vektlegges at det var pasientenes sekundærgrupper som virket å ha minsket og endret seg, og at det ikke hadde oppstått nevneverdige endringer i deres primærgruppe, altså deres nærmeste familie og lignende. Jeg vil ut i fra denne informasjonen anta at

pasientene primærgrupper ikke har endret seg, men heller mobilisert ressurser, som igjen kan ha ført til en reduksjon i problemene som sykdommen(e) fører med seg. Det bør derimot også nevnes at teorien om at nettverkets kvalitet og kvantitet før sykdommen er avgjørende for om nettverket klarer å mobilisere ressurser eller ikke, gjelder for personer med kroniske sykdommer. Det kan dermed være nødvendig med en diskusjon om diagnosene til pasientene i denne studien er kroniske eller ikke. Grunnet begrensninger i denne studien, vil derimot dette punktet ikke bli diskutert videre.

En annen årsak til den gode effekten av nettverksmøtene hos pasientene, kan være at deres nærmeste ikke trakk seg unna som følge av pasientens diagnose. Flere av de pårørende var aktive i form av at de søkte informasjon og ville hjelpe pasienten, noe som igjen kan ha hatt en positiv effekt både på pasientens sykdom og symptomer, i at han eller hun føler støtte fra sine nærmeste. Dette kan også ha ført til at prosessen med nettverksmøter har virket lettere for alle involverte.

Fyrand (2005) hevder at det er en positiv sammenheng mellom alvorlighetsgraden av psykiske lidelser og størrelsen og kvaliteten på pasientens sosiale nettverk. Pasientens generelle mestringsevne i krisesituasjoner kan også ha en innvirkning på mobilisering av ressurser og kan dermed føre til en reduksjon av sykdommens problemer. Dette kan være med på å forklare de positive resultatene fra denne studien, da deltagere i denne studien ikke hadde store og alvorlige psykiske lidelser som for eksempel psykoser.

5.2.2. Andre relevante teorier

Ut ifra resultatene i denne studien er det også tenkelig at teoriene om den reflekterende prosessen og åpen dialog har en effekt når den blir brukt i nettverksmøter, noe som igjen kan understøtte tidligere forskning gjennomført av Andersen (1987, 1994, 2006) og Seikkula (1994, 2002a, 2006). Dette kan forklares med følgende resultater; pasientene ble spurt om spørsmål som omhandlet kommunikasjonen på møtene, hvordan det var å åpne seg for andre, samt om de hadde fortalt nettverket sitt noe de ikke hadde fortalt dem tidligere. Som resultatene viste, syntes tre av pasientene at kommunikasjonen under møtene var veldig bra, mens en svarte at den ble bedre etter hvert. Tre av pasientene svarte også at det gikk bra å åpne seg for andre, mens en svarte at dette var veldig greit. Tre av pasientene hadde også fortalt om ting under nettverksmøtene de ikke hadde fortalt om før. Den siste informant svarte at noen av de pårørende hadde visst mer enn andre, men at de som visste lite vet mye

mer nå. Som det ble nevnt tidligere i denne avhandlingen, ville det i denne studien ikke bli fokusert like mye på språkets betydning under intervjuene og heller ikke på hvordan det skal skapes et nytt språk under nettverksmøtene. Det kan derfor være vanskelig å si noe konkret om språkets betydning for resultatene til både pasient og pårørende, og om det finnes bestemte elementer ved både åpen dialog og de reflekterende prosessene som kan tilskrives de positive resultatene. Et annet element som kan gjøre det vanskelig å sammenligne resultater fra Seikkula sine studier med denne studien, spesielt i forhold til språkets betydning som en årsak til de positive resultater som følge av nettverksmøtene, er at Seikkula sine pasienter var psykotiske under nettverksmøtene, mens pasientene som er med i denne studien, har lettere psykiske lidelser.

I forhold til de reflekterende prosessene beskrevet av Andersen (1987, 1994), kan det være vanskelig å si noe konkret om denne prosessen er med på å skape de positive endringene pasientene og de pårørende opplevde i denne studien. Dette er fordi nettverksmøtene på Ahus ikke bruker enveisspeil eller skjerm i gjennomføringen av nettverksmøtene, og at refleksjonene til nettverksteamet ikke foregår ved hjelp av callingsystem. På Ahus sitter alle deltagerne i samme rom, også teamet, og refleksjonene foregår ved at teamlederne holder øyekontakt med hverandre og reflekterer seg imellom. Etter refleksjonen får deltagerne på møtet mulighet til å svare på noen av spørsmålene som har kommet frem under refleksjonen hvis de ønsker det. Dette sistnevnte punktet stemmer overens med metoden til Andersen. Da begge metodene, både den som har blitt brukt i denne studien, og den som Andersen har brukt i sine studier, har vist seg å ha positive effekter, kan dette tyde på at denne forskjellen mellom de to ikke er av avgjørende betydning for de positive resultatene som kan oppstå ved bruk av nettverksmøter som metode for å mobilisere det sosiale nettverket.

I teoridelen av denne avhandlingen ble også noen problemer i forhold til nettverksmøter nevnt. Disse problemene var motoverføring og at tidligere uløste problemer i livet hos nettverkslederne kan påvirke nettverksmøtet. Dette punktet ble ikke tatt opp under intervjuene med pasientene eller de pårørende, og er et punkt det vil være vanskelig å kunne si noe om uten samtaler med nettverkslederne. Dette punktet vil derfor ikke bli videre diskutert i denne avhandlingen.

Når det gjelder begrepet sosial ønskelighet, og dens mulige effekter i denne studien, vil disse nå bli diskutert. Sosial ønskelighet er et fenomen det er viktig å ta høyde for i slike studier. Med bakgrunn i at denne studien er basert på selvrapporteringer, kan det være tilfelle at deltagerne har fordreid disse i en positiv retning. Det er derimot vanskelig å kunne regulere dette i tilstrekkelig grad. Da deltagerne i hovedsak fikk spørsmål som omhandlet deres

opplevelse av nettverksmøtene, kan det være naturlig å tro at selvrapporteringene på dette området ikke var like påvirket av dette fenomenet. Når det gjelder self-presentation, er dette også et moment det er viktig å ta høyde for i denne studien, men dette fenomenet er det også vanskelig å kunne regulere i tilstrekkelig grad. Det er derfor vanskelig å skulle si noe sikkert om hvordan disse fenomenene har påvirket svarene til deltagerne i denne studien, men det er viktig å være bevisst på at dette kan være tilfelle.

Posisjoneringsteori ble tidligere i denne avhandlingen trukket frem som en teori som eventuelt kunne forklare noen av funnene fra denne studien. Det kan være naturlig å tro at deltagerne i denne studien har repositionert seg, og at dette kan være med på å forklare noen av de positive effektene nettverksmøtene har for sine deltagere. Gjennom informasjon om hvordan det nærmeste nettverket opplever situasjonen og hva deres subjektive opplevelser er, kan nettverksmøtene være med på å få deltagerne til å repositionere seg. Grunnet begrensninger i denne avhandlingens omfang, vil ikke dette punktet bli videre diskutert.

5.3. Begrensninger ved studien

Som med de fleste studier, har også denne studien en del begrensninger knyttet til seg. Disse vil nå bli gjennomgått.

Når det gjelder informantene, er det knyttet flere begrensninger i forhold til trekk ved disse. En klar begrensning ved denne studien, er at pasientgruppen består av både menn og kvinner, og at deltagerne som følge av blant annet dette, ikke består av en spesielt homogen gruppe. Smith og Osborn (2004) hevder at en heterogen gruppe kan gjøre det vanskelig å bestemme om mønster av likheter og ulikheter som blir funnet i dataene har mer å gjøre med individuelle karakteristikk hos individene, eller den sosiale variabelen de presenterer. Da det gjennomføres et begrenset antall nettverksmøter ved Ahus, førte dette til at det ble vanskelig å gjennomføre en studie som kun besto av et kjønn, og det ble derfor avgjort at studien måtte bestå av både menn og kvinner for å få nok respondenter. Problematikken med å ha en studie som inneholder både menn og kvinner, er forskjeller mellom kjønnene i forhold til for eksempel uttrykk av følelser, eller hvor mye de ulike kjønnene ønsker å snakke med andre om problemer de har. Mye forskning er gjennomført på forskjellen på de emosjonelle sidene ved menn og kvinner, og noe av denne tidligere forskningen viser blant annet at kvinner har et større nettverk enn menn. I tillegg mottar kvinner støtte fra flere kilder, mens menn har en tendens til kun å stole på sin ektefelle. For begge kjønn har kvaliteten fremfor kvantiteten av støtte signifikant større effekt på velvære (well-being), mens både kvantiteten og kvaliteten av

sosial støtte har en større innvirkning på velvære for kvinner enn for menn (Antonucci & Akiyama, 1987). En rekke forskning har blitt viet til forskjeller mellom menn og kvinner, og en vesentlig mengde forskning viser at kvinner uttrykker mer følelser enn menn (Kring & Gordon, 1998). Med bakgrunn i dette kan det være naturlig å tro at det finnes kjønnsforskjeller også i hvordan personer med en psykisk lidelse opplever støtte fra sitt sosiale nettverk, og hvordan de i så måte også opplever nettverksmøtene som en arena for å mobilisere det sosiale nettverket. At denne studien inneholder både kvinnelige og mannlige pasienter, blir derfor regnet som en begrensning.

En annen begrensning i forhold til pasientene i denne studien, er at de har ulike sivilstatuser. Det kan være naturlig å tro at det å ha en kjæreste/samboer/ektefelle å dele sine tanker og følelser med, kan være til hjelp for en person med en psykisk lidelse. At noen personer i denne studien ikke har en ektefelle eller samboer til å dele sine tanker med, mens andre har, vil jeg hevde er en begrensning ved denne studien. Som nevnt tidligere i denne avhandlingen, har Fyrand, Moum, Finset og Glennås (2003) gjennomført en studie på nettverksintervensjoner i forhold til personer med leddgikt. For single pasienter som var med i studien, viste resultatene at disse hadde hatt en signifikant økning av nettverksstørrelsen, forbedret sosial fungering, og bedre ”perceived overall health” sammenlignet med de to kontrollgruppene. Det ville vært ønskelig med flere respondenter slik at det hadde vært mulig å se om det fantes noen forskjeller hos deltagerne med og uten en ektefelle eller lignende støtte rundt seg, i forhold til effekten av nettverksmøtene.

En begrensning ved denne studien er også aldersforskjellen på pasientene. Det er naturlig å anta at det sosiale nettverket til en person i 40-50 års alderen er ulikt det til en person i 20-årene. Dette kan manifestere seg både i hvor ofte man har kontakt med det sosiale nettverket og antallet venner pasienten har. Dette kommer blant annet som en naturlig følge av det å flytte hjemmefra og få barn. Det kan derfor være store forskjeller i det sosiale nettverket til pasientene som er med i denne studien, både i form av antall og kontakthyppighet. Det er vanskelig å si om dette kan ha hatt en innvirkning på resultatene i denne studien. Denne studien har ikke gått i detalj på hvordan pasientenes sosiale nettverk ser ut, som hvem som tilhører pasientens primær- og sekundærgrupper og hvor store disse er. Dette kan være et punkt som kan utbroderes i senere forskning innenfor dette feltet, og som jeg vil komme tilbake til under avsnittet om videre forskning.

At pasientene som ble intervjuet hadde ulike diagnoser, blir også regnet som en begrensning ved denne studien. Dette er med på å underbygge uttalelsen som tidligere ble nevnt i forhold til at deltagerne ikke var en homogen gruppe. Det kan være naturlig å tro at

store forskjeller i diagnose kan ha en innvirkning på hvordan informantene synes nettverksmøtene fungerer. Virker for eksempel nettverksmøtene bedre for pasienter med tyngre diagnoser enn med lettere? Med utgangspunkt i at nettverksmøter blir brukt som en effektiv intervensjon for å mobilisere det sosiale nettverket til pasienter med psykoser i Seikkula sine studier fra Finland, regnes ikke dette som en begrensning som trenger mer utbredelse i denne avhandlingen.

En annen begrensning ved denne studien som kan ha hatt en innvirkning på resultatene, er ulikheter i antall nettverksmøter deltagerne har vært med på. Dette varierte mellom fire og fem ganger og ca 12 ganger. I tillegg hadde en av pasientene avsluttet behandlingen med nettverksmøter. Det kan være vanskelig å si noe om hvilken effekt dette kan ha hatt på den sistnevnte personens svar under intervjuet. Det kan være naturlig å tro at personen som hadde avsluttet sin behandling med nettverksmøter kan ha et mer reflektert forhold til nettverksmøtene, da han eller hun ikke er midt inne i behandlingen, men heller har fått nettverksmøtene litt på avstand. Dette punktet vil jeg komme tilbake til i avsnittet om videre forskning.

Det finnes også andre elementer som kan betraktes som begrensninger ved denne studien. Her vil jeg blant annet trekke frem at to av pasientene ble observert i tillegg til å ha blitt intervjuet, noe som kan ha hatt en innvirkning på svarene. Ved å ha blitt observert i tillegg til å bli intervjuet, kan dette muligens ha ført med seg mer inngående svar fra respondentene, mens informantene som ikke ble observert ikke følte seg like trygge på intervjueren. Det er vanskelig å si noe om dette kan ha påvirket svarene til informantene, men jeg vil derimot trekke frem at alle som ble intervjuet virket å gi like lange og inngående svar, samtidig som de ikke virket å være unormalt stresset eller engstelige over å bli intervjuet av en fremmed person. At de fleste intervjuene fant sted hjemme hos enten pasienten eller personer nær pasienten, kan ha hatt en positiv effekt i så måte.

At det ble brukt lydopptak under intervjuene kan også ha en innvirkning på svarene informantene gir, da den kan legge en demper på hvordan informantene svarer (Landridge, 2006). Jeg vil derimot hevde at fordelene ved å bruke lydopptaker veier opp for denne ulempen. Gjennom bruk av lydopptaker får man lagret store mengder verbal informasjon, og man får også andre momenter i samtalen som pauser, latter og lignende. Dette er i tillegg den vanligste metoden for å samle intervjudata.

Årsaken til de positive resultatene i denne studien kan muligens også komme fra andre elementer enn kun nettverksmøtene. Kognitiv atferdsterapi kan nevnes som et eksempel her. Det er derfor vanskelig å skulle tilskrive de positive resultatene til nettverksmøtene alene.

Andre alternative forklaringer på de positive effektene både pasient og pårørende opplevde etter å ha brukt nettverksmøter, ble ikke diskutert i løpet av intervjuene. Det er derfor vanskelig å kunne si noe om andre elementer kunne ha hatt en innvirkning på resultatene eller ikke. Et mulig element kan være annen behandling pasienten har fått, som for eksempel samtaler hos psykolog. En annen tenkelig forklaring på noen av de positive effektene kan muligens tilskrives medisiner pasientene går på. Medisineringen kan i så fall ha hatt en positiv effekt på pasientens symptomer og kan muligens også ha en videre effekt på pasientens atferd overfor sitt sosiale nettverk. Om pasientene brukte noen form for medisiner for å behandle sin psykiske lidelse ble derimot ikke tatt opp eller spurt om under noen av intervjuene, og det er derfor vanskelig å kunne si om dette kan eller ikke kan ha hatt en effekt på de positive resultatene pasientene har opplevd. Det som derimot taler imot dette, er at pårørende også fortalte om positive effekter som følge av nettverksmøtene alene, uten å dra inn eksempler fra andre mulige årsaker.

Nettverksmøtene på Ahus blir gjennomført med to møteledere til stede. Ifølge Seikkula (2002a) er det optimale antallet tre møteledere. Dette begrunnes av Seikkula med at to teamledere kan bli fanget i de monologiske behovene til familien, mens med en tredje person til stede, vil denne siste personen kunne lytte og være med i en indre dialog, noe som igjen skaper et nytt perspektiv på problemet. Det kan allikevel sies at flere av informantene i denne studien ved flere anledninger nevnte at de var meget fornøyd med hvordan nettverksmøtene ble gjennomført med de to nettverkslederne. Dette kan tyde på at det ikke ville vært bemerkelsesverdig forskjell på nettverksmøter gjennomført med to versus tre nettverksledere, men at dette kan være vanskelig å si noe konkret om da informantene i denne studien ikke har deltatt på nettverksmøter med tre nettverksledere.

Det er en mulighet for at det er de mest ressurssterke personene som har takket ja til å være med i denne studien, noe som igjen kan ha ført til at det er de informantene med en overvekt av positive erfaringer som ble med. Det kan være vanskelig å vite om dette er tilfelle for informantene i denne studien, men det skal nevnes at alle som ble forespurt om deltagelse, takket ja til det. I tillegg virket det på informantene som om de hadde et reflektert forhold til nettverksmøtene og noen kom også med negative erfaringer knyttet til møtene.

To av informantene ble av praktiske årsaker intervjuet over telefon. Dette kan muligens ha vært med på å gjøre intervjuet og samtalen mindre naturlig enn hvis den hadde funnet sted ansikt til ansikt. Jeg vil allikevel påstå at informantene virket bekvemme med å ta intervjuene over telefon. I tillegg var dette noe de fikk valget om selv, og de hadde i tillegg møtt meg før intervjuene ble gjennomført (under observasjon av nettverksmøtene), noe som

kan ha gjort samtalen mer bekvem for intervjuobjektene.

En siste begrensning ved denne studien er at den mangler opptil flere spørsmål fra intervjuene. Under intervjuene av pasientene, ble det under et av intervjuene glemt et spørsmål fra intervjuer til informanten som omhandlet om personen hadde bestemt seg på forhånd for å åpne seg for andre på nettverksmøtene. Når det gjelder de pårørende mangler det data på to spørsmål. Det første er et spørsmål om hva som eventuelt kunne vært bedre i forhold til å bli ivaretatt som pårørende. Her mangler det data fra en person. Det andre spørsmålet var om de kunne trekke frem noen positive og negative erfaringer knyttet til nettverksmøtene. Her mangler det også data fra en person. Dette er spørsmål som kunne vært med på å utfylle resultatdelen av denne studien og dermed gitt et bedre innblikk i hvordan nettverksmøtene fungerer, men som dessverre ble glemt under noen av intervjuene. Denne glemselen kan muligens tilskrives intervjuerens mangel på erfaring i forhold til intervjusituasjoner.

5.4. Videre forskning

Siden det tidligere ikke har blitt gjennomført nevneverdig forskning på effekten av nettverksmøter, finnes det mange punkter innenfor dette forskningsfeltet som kan utbredes videre. Ulike momenter som det kan fokuseres på i den videre forskningen vil nå bli gjennomgått.

Fremtidige studier innenfor dette feltet kan prøve å lage en mer homogen gruppe enn den som ble brukt i denne studien. Det kan derimot være flere hindre i gjennomføringen av dette. For det første er det få steder i Norge hvor nettverksmøter blir brukt som en metode for å mobilisere det sosiale nettverket. I tillegg er det foreløpig svært få mennesker som gjennomfører nettverksmøter i de ulike delene av landet. Dette kan komme av ulike årsaker, for eksempel mangelen på informasjon om at dette tilbudet er til stede. En større pågang i forhold til mennesker som vil delta på nettverksmøter, vil også kreve flere nettverksledere. Jeg vet at utdanning innenfor dette er i gang med stor pågang flere steder i landet, så det er naturlig å tro at de vil dekke en eventuell økning av mennesker som vil være med på nettverksmøtene. Det kan som nevnt tidligere i diskusjonen også være ønskelig å se på andre faktorer som kan ha hatt en effekt på resultatene, for eksempel bruk av medikamenter, andre endringer i pasientenes hverdag, annen behandling (for eksempel en-til-en samtaleterapi) for å nevne noe.

Ved å bruke en mer homogen gruppe kan forskere også se på eventuelle forskjeller i

forhold til diagnose. Er det for eksempel større forbedringer hos en pasient med en moderat depresjon kontra en med OCD? Seikkulas forskning har fokusert kun på psykotiske pasienter, mens man ved bruk av nettverksmøter i Norge også behandler mennesker med lettere psykiske lidelser. Ved å gjennomføre studier på pasienter med både lettere og tyngre psykiske lidelser, kan det være spennende å undersøke eventuelle forskjeller i resultater mellom disse. En annen måte å gjøre gruppen mer homogen på, er å begrense deltagerens alder. Det sosiale nettverket kan, som nevnt tidligere i diskusjonsdelen, være ulikt for personer avhengig av deres alder. Dette kan muligens ha en innvirkning på effekten av nettverksmøtene, og er derfor et punkt senere forskning bør vektlegge.

Det kan også være ønskelig å fokusere mer på forskjeller i endring mellom primærgruppen og sekundærgruppen til pasientene. Det ble klart av denne studien at nettverksmøter mobiliserer sosial støtte fra det eksisterende nettverket i tillegg til at det blir en bevisst aktivering av disse ressursene. Forskjellen på aktivering hos eventuelt primær- og sekundærgrupper ble ikke klart definert i denne studien. Selv om nettverksmøtene i hovedsak besto av primærgruppen til pasienten, er dette noe som kan bli vektlagt i senere studier på dette området. Det kan da være mulig å få mer detaljinformasjon om de eventuelle endringene som skjer i pasientenes sosiale nettverk. I denne studien hadde kun en av informantene med seg en venn på nettverksmøtene. Det vil som nevnt være ønskelig å gjennomføre studier hvor både primær- og sekundærgruppene er til stede, og eventuelt også hvor det fokuseres på mulige forskjeller mellom dem.

Videre forskning kan undersøke om det er av avgjørende betydning om psykologen, den psykiatriske sykepleier til pasienten eller for eksempel ansatte fra NAV er med på møtene, i forhold til de positive effektene av nettverksmøtene. Tre av pasientene i denne studien hadde med seg psykolog eller lignende under nettverksmøtene, mens dette også var ønskelig hos den siste pasienten. Videre forskning kan eventuelt undersøke om det eksisterer noen forskjeller i resultater hos pasienter som har med seg venner og større deler av sitt sosiale nettverk på møtene, i motsetning til de som kun har med de nærmeste som mor og far. Pasientene som var med i denne studien hadde med seg mellom to og syv pårørende. Det kan tenkes at det også kan være forskjeller i resultater mellom pasienter som har svært mange pårørende med på sine nettverksmøter (over ti), og de som har få.

Et annet moment som kan undersøkes nærmere innenfor dette temaet, og som også er nevnt som en begrensning i denne studien, er ulikheter i forhold til hvor mange nettverksmøter deltagerne har hatt. I denne studien varierte dette mellom fire til fem møter og cirka 12 møter. I tillegg hadde en av informantene avsluttet sin behandling med

nettverksmøter. Det kan tenkes at dette også kan ha en innvirkning på resultatene. Det oppfordres derfor til å gjennomføre longitudinelle studier innenfor analyser av nettverksmøter. Det ville i den sammenheng vært ønskelig å intervju pasienter og deres pårørende før de ble med på nettverksmøter, i perioden de var med på nettverksmøtene, samt en stund etter at nettverksmøtene var avsluttet. På denne måten er det mulig å få et bedre innblikk i både hvordan pasient og pårørende opplevde gjennomføringen av nettverksmøtene, samt deres tanker før, underveis og etter avsluttet behandling. Det kan da være interessant å undersøke hvor lenge effekten av å aktivere det sosiale nettverket holder, om dette er en langvarig effekt eller om den er mer kortvarig.

Et punkt den videre forskningen på dette feltet kan fokusere på, er noe som kalles negativ støtte (Ray, 1992; Hogan, Linden, & Najarian, 2002). De negative effektene ved sosial støtte kan være av essensiell betydning for forståelsen av negativ støtte, og jeg vil derfor hevde at dette er et element som bør tas med i betraktningen i senere studier innenfor dette feltet. Hogan, Linden og Najarian (2002) hevder at negativ støtte ikke har blitt tatt i betraktning innenfor litteratur som omhandler intervensjoner som skal føre til bedre sosial støtte. De hevder at dette konseptet kan ha omfattende implikasjoner i forhold til både designet til fremtidige intervensjoner samt potensielle problemer med behandlinger som finnes i dag. Grunnet begrensninger i denne avhandlingen, vil ikke dette punktet bli videre diskutert.

Videre forskning kan til slutt se på hva som fører til de eventuelle endringene hos både pasient og pårørende. Hvilke prosesser kan det være som utløses, og kan disse prosessene forklare eventuelle endringer hos pasient og pårørende? Johansen (2011) har undersøkt effekten av nettverksråd hos sosialklienter. Finnes det andre områder hvor nettverksmøter kan anvendes? Hva er eventuelt forskjellen på nettverksmøter og nettverksråd? Her burde det blant annet komme til en bedre distinksjon mellom lignende begreper, som igjen kan styrke sammenligningsgrunnlaget. Jeg vil allikevel trekke frem forskning med hovedvekt på å sortere ut de særegne elementene ved nettverksmøter som det viktigste momentet i forhold til videre forskning innenfor dette feltet.

5.5. Avslutning

Som nevnt tidligere har sammenhengen mellom et godt sosialt nettverk og god psykisk helse blant annet blitt dokumentert av Cohen, Gottlieb og Underwood (2000). Sammenhengen mellom helse og sosiale nettverk er kompleks, noe som gjør opprettelsen av suksessfulle sosiale intervensjoner vanskelig. Det har vært prøvd ulike intervensjoner som har vært

designet for å endre det sosiale miljøet og individets samhandlinger med miljøet. Flere eksempler på dette ble vist i teoridelen av denne avhandlingen. Med utgangspunkt i de positive resultatene fra denne studien, vil det være naturlig å trekke frem nettverksmøter som en forholdsvis ny behandlingsmetode som effektivt mobiliserer og forbedrer forholdet mellom en pasient med psykiske lidelser og hans/hennes sosiale nettverk.

Oppsummert kan man si at denne studien har resultert i noen spennende sammenhenger mellom nettverksmøter og positive resultater for både pasienter og pårørende. Hos pasientene vil jeg trekke frem en mindre følelse av skam, at det føles lettere å be om hjelp og støtte og bedre kommunikasjon mellom pasientene og deres pårørende som eksempler på dette. Hos de pårørende vil jeg trekke frem bedre kommunikasjon, et forbedret forhold til pasienten, en følelse av mangel på informasjon før nettverksmøtene og at de pårørende ikke følte at nettverksmøtene var en byrde i forhold til å støtte pasienten som eksempler. At det ikke var nevneverdige negative erfaringer knyttet til deltagelsen på nettverksmøtene for både pasient og pårørende er også et punkt som bør trekkes frem. Allikevel oppfordres det til videre forskning innenfor dette feltet. Større utvalg og mer homogene grupper har blitt trukket frem som eksempler på dette.

Referanseliste

- Alanen, Y.O., Lehtinen, K., Rökköläinen, V., & Aaltonen, J., (1991). Need-adapted treatment of new Schizophrenic Patient: Experiences and Results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 363-372.
- Andersen, B. L. (1992). Psychological Interventions for Cancer Patients to Enhance Quality of Life. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 552-568.
- Andersen, T. (1987). The Reflecting Team: Dialogue and Meta-Dialogue in Clinical Work. *Family Processes*, 26, 415-428.
- Andersen, T. (1994). *Reflekterende Prosesser. Samtaler og samtaler om samtalerne*. København: Dansk psykologisk Forlag.
- Andersen, T. (2006). Reflekterende Samtaler; min versjon, I: Eliassen, H. & Seikkula, J. (Eds.), *Reflekterende Prosesser i Praksis. Klientsamtaler, veiledning, konsultasjon og forskning*. (s. 33-49). Oslo: Universitetsforlaget.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1988). Human Systems as Linguistic Systems: Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory. *Family Processes*, 27, 371-393.
- Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (1987). An Examination of Sex Differences in Social Support Among Older Men and Women. *Sex Roles*, 17, 737-749.

Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2012). *Abnormal Psychology, An Integrative Approach 6th edition*. Wadsworth, Cengage Learning.

Baumeister, R. F., Twenge, J. M., & Nuss, C. K. (2002). Effects of Social Exclusion on Cognitive Processes: Anticipated Aloneness Reduces Intelligent Thought. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 817-827.

Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy. Basics and Beyond. 2nd edition*. New York: The Guilford Press.

Brøgger, J. (1999). *Psykologisk Antropologi*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.

Bullough Jr, R. V., & Draper, R. J. (2004). Making Sense of a Failed Triad. Mentors, University Supervisors, and Positioning Theory. *Journal of Teacher Education*, 55, 407-420.

Chapman, E. & Smith, J. A. (2002). Phenomenological Interpretative Analysis and the New Genetics. *Journal of Health Psychology*, 7, 125-130.

Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.

Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 59, 676-684.

- Cohen, S., Gottlieb, B. H., Underwood, L. G. (2000). Social Relationships and Health. I: Cohen S., Underwood, L. & Gottlieb, B. H. (Eds.), *Social Support Measurements and Intervention* (s. 3-25). Oxford: Oxford University Press.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bullittin*, 98, 310-357.
- Dowling, M. (2007). From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 131-142.
- Fawzy, F.I., Cousins, N., Fawzy, N. W., Kemeny, M. E., Elashoff, R., & Morton, D. (1990). A Structured Psychiatric Intervention for Cancer Patients: I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Cancer Intervention*, 47, 720-725.
- Finset, A. (1986). *Familien og det sosiale nettverket*. Oslo: Cappelen.
- Fleming, V., Gaidys, U., & Robb, Y. (2003). Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian-based research method. *Nursing Inquiry*, 10, 113-120.
- Furnham, A. (1986). Response Bias, Social Desirability and Dissimulation. *Personality and Individual Differences*, 7, 385-400.
- Fyrand, L. (2005). *Sosialt Nettverk. Teori og Praksis. 2. utgave*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Fyrand, L., Moum, T., Finset, A., & Glennås, A. (2002). The Impact of Disability and Disease Duration on Social Support of Women with Rheumatoid Arthritis. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 251-268.
- Fyrand, L., Moum, T., Finset, A., & Glennås, A. (2003). The Effect of Social Network Intervention for Women with Rheumatoid Arthritis. *Family Process*, 42, 71-89.
- Fyrand, L., Moum, T., Finset, A., Wichstrøm, L., & Glennås, A. (2001). Social Support in Female Patients with Rheumatoid Arthritis Compared to Healthy Controls. *Psychology, Health & Medicine*, 6, 429-439.
- Fyrand, L., Moum, T., Wichstrøm, L., Finset, A., & Glennås, A. (2000). Social Network size of Female Patients with Rheumatoid arthritis Compared to Healthy Controls. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 29, 38-43.
- Føllesdal, D. (2001). Hermeneutics. *The International Journal of Psychoanalysis*, 82, 375-379.
- Gadamer, H-G. (2010). *Sannhet og metode. Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax Forlag.
- Giorgi, A. (1997). The Theory, Practice, and Evolution of the Phenomenological Method as a Qualitative Research Procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28, 235-260.

- Giorgi, A. (2008). Concerning a Serious Misunderstanding of the Essence of Phenomenological Method in Psychology. *Journal of Phenomenological Psychology*, 39, 33-58.
- Granerud, A., & Severinsson, E. (2006). The Struggle for Social Integration in the Community – the Experiences of People with Mental Health Problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 288-293.
- Halevy-Martini, J., Hemley-Van der Velden, E., Ruhf, L., & Schoenfeld, P. (1984). Process and Strategy in Network Therapy. *Family Process*, 23, 521-533.
- Harrè, R., Moghaddam, F. M., Cairnie, T. P., Rothbart, D., & Sabat, S. R. (2009). Recent Advances in Positioning Theory. *Theory & Psychology*, 19, 5-31.
- Hernandès-Plaza, S., Alonso-Morillejo, A., & Pozo-Muñoz, C. (2006). Social support interventions in migrant populations. *British Journal of Social Work*, 36, 1151-1169
- Hogan, B. E., Linden, W., Najarian, B. (2002). Social Support Interventions. Do they work? *Clinical Psychology Review*, 22, 381-440.
- Howitt, D. (2010). *Introduction to Qualitative Methods in Psychology*. Harlow: Prentice Hall.
- Husserl, E. (1970) *Logical Investigations*. New York: The Humanities Press.

- Jensen, M. J. F. (2007). Hører du hva jeg sier? I: Ulvestad, A. K., Henriksen, A. K., Tuseth, A., & Fjeldstad, T. (Eds.), *Klienten – den Glemte Terapeuten. Brukerstyring i Psykisk Helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.
- Johansen, S. (2011). Interaksjonelle og interpersonlige prosesser i Nettverksråd – en empirisk og teoretisk utforskning av tiltakets virksomme sosialpsykologiske prosesser. *Doktoravhandling ved NTNU 2011:172*.
- Kilduff, M., & Tsai, W. (2003). *Social Networks and Organizations*. London: Sage Publications.
- Kring, A. M., & Gordon, A. H. (1998). Sex Differences in Emotion: Expression, Experience, and Physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 686-703.
- Kvale, S. (1997). *Det Kvalitative Forskningsintervjuet*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk Forskningsmetode. En innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Moran, D. (2000). *Introduction to Phenomenology*. London: Routledge.
- Myers, D. G. (2008). *Social Psychology 9th edition*. New York: McGraw Hill.
- Nederhof, A. J. (1985). Methods of coping with social desirability bias: a review. *European Journal of Social Psychology*, 15, 263-280.

- Peijnenburg, J. (2000). Identity and Difference: A Hundred Years of Analytic Philosophy. *Metaphilosophy*, 31, 365-381.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). Generalization in quantitative and qualitative research: Myths and strategies. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1451-1458.
- Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Cambridge, Mass.: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Ray, C. (1992). Positive and Negative Social Support in a Chronic Illness. *Psychological Reports*, 71, 977-978.
- Revenson, T. A., Schaffino, K. M., Majerovitz, S. D., & Gibofsky, A. (1991). Social Support as a Double-Edged Sword: The Relation of Positive and Problematic Support to Depression Among Rheumatoid Arthritis Patients. *Social Science & Medicine*, 33, 807-813.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., & Pierce, G. R. (1990). Social Support: The Search for Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 133-147.
- Seikkula, J. (1994). When the Boundary Opens: Family and Hospital in Co-Evolution. *Journal of Family Therapy*, 16, 401-414.
- Seikkula, J. (2002a). Monologue is the Crisis – Dialogue Becomes the Aim of Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 283-284.

- Seikkula, J. (2002b). Open Dialogues with Good and Poor Outcomes for Psychotic Crises: Examples from Families with Violence. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 263-274.
- Seikkula, J. (2006). Nytt Språk for en Psykotisk Pasient: Reflekterende prosesser og Åpen Dialog. I: Eliassen, H. & Seikkula, J. (Eds.), *Reflekterende Prosesser i Praksis. Klientsamtaler, veiledning, konsultasjon og forskning*. (s. 115-126). Oslo: Universitetsforlaget.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Sutela, M. (1995). Treating Psychosis by Means of Open Dialogue. I: Friedman, S. (Eds.), *The Reflecting Team in Action. Collaborative Practice in Family Therapy*. (s. 62-80) New York: The Guilford Press.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A., & Lehtinen, V. (2003). Open Dialogue Approach: Treatment Principles and Preliminary Results of a Two-year Follow-up on First Episode Schizophrenia. *Ethical and Human Sciences and Services*, 5, 163-182.
- Seikkula, J., Arnkil, T. E., & Eriksson, E. (2003). Postmodern Society and Social Networks: Open and Anticipation Dialogues in Network Meetings. *Family Process*, 42, 185-203.
- Seikkula, J., & Olson, M. E. (2003). The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its Poetics and Micropolitics. *Family Process*, 42, 403-418.
- Slocum, N., & Van Lagenhove, L. (2004). The Meaning of Regional Integration: Introducing Positioning Theory in Regional Integration Studies. *European Integration*, 26, 227-252.

- Smith, J. A., Flowers, P., Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. London: Sage.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2004). Interpretative Phenomenological Analysis. I: Breakwell, G. M. (Eds.), *Doing Social Psychology Research*. (s. 229-254). Oxford, UK: BPS Blackwell.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2008). Interpretative Phenomenological Analysis. I: Smith, J. A. (Eds.), *Qualitative Psychology. A Practical Guide to Research Methods*. 2nd edition. (s.53-80). London: Sage Publications.
- Speck, R., & Attneave, C. (1973). *Family Networks*. New York; Pantheon Books.
- Spiegel, D., Bloom, J.R., & Kraemer, H. C. (1989). Effect of Psychosocial Treatment on Survival of Patients with Metastatic Breast Cancer. *Lancet*, 2, 888-891.
- Starks, H., & Trinidad, S. B. (2007). Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qualitative Health Research*, 17, 1372-1380.
- Tan, S., & Moghaddam, F.M. (1995). Reflexive positioning and culture. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 25, 387-400.
- Teigen, K. H. (2004). *En psykologihistorie*. Bergen: Fagbokforlaget.

Wertz, F. J. (2005). Phenomenological Research Methods for Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology, 52*, 167-177.

Willig, C. (2001). *Introducing Qualitative Research in Psychology. Adventures in Theory and Method*. Buckingham: Open University Press.

Wills, T. A., & Shinar, O. (2000). Measuring Perceived and Received Social Support. I: S. Cohen, L. G. Underwood, & Gottlieb B. H. (Eds.), *Social Support Measurement and Intervention, a Guide for Health and Social Scientists* (s. 86-135). Oxford: Oxford University Press.

Appendiks

Appendiks 1: Godkjenning fra REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk).

Appendiks 2: Samtykkeerklæring for observasjon, pasient.

Appendiks 3: Samtykkeerklæring for observasjon, pårørende.

Appendiks 4: Samtykkeerklæring for intervju, pasient.

Appendiks 5: Samtykkeerklæring for intervju, pårørende.

Appendiks 6: Samtykkeerklæring, tillatelse fra pasient til å intervju pårørende.

Appendiks 7: Intervjuguide for pasienter og pårørende.

Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Ingrid Middelthon	Telefon: 22845515	Vår dato: 05.12.2011	Vår referanse: 2011/1590/REK sør-øst D
			Deres dato: 13.11.2011	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Professor Arnulf Kolstad
Psykologisk institutt
NTNU
7491 Trondheim

2011/1590 D Nettverksmøter. En analyse av effekten av nettverksmøter ved Akershus universitetssykehus

Vi viser til tilbakemelding av 13.11.11 på komiteens vedtak av 14.10.11 for det ovenfor nevnte forskningsprosjekt.

Prosjektleder er professor Arnulf Kolstad.

Forskningsansvarlig er NTNU ved øverste administrative ledelse.

Komiteen tar søkers tilbakemelding på REKs vilkår for godkjenning av prosjektet til orientering.

Komiteen forlenger prosjektperioden til 31.12.2012. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil 31.12.2013. Opplysningene skal lagres avidentifisert, dvs. adskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil. Opplysningene skal deretter anonymiseres eller slettes. Prosjektet skal sende sluttmelding til REK sør-øst D senest 31.06.2013

Tillatelsen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det nå foreligger, i henhold til oppdatert protokoll og i tråd med de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter. Dersom det skal gjøres endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt må prosjektleder sende endringsmelding til REK. Vi gjør oppmerksom på at hvis endringene er vesentlige må prosjektleder sende ny søknad, eller REK kan pålegge at det sendes ny søknad.

For øvrig gjelder de vilkår som er satt i forbindelse med tidligere godkjenning av prosjektet.

Med vennlig hilsen,

Stein A. Evensen (sign.)
professor dr. med.
leder REK sør-øst D

Ingrid Middelthon
seniorrådgiver

Kopi til: leif.edward.kennair@svt.ntnu.no

Observasjon.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet: (pasient)

”Nettverksmøter – en analyse av effekten av nettverksmøter ved Akershus Sykehus, AHus.”

Bakgrunn og hensikt

Det er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å undersøke effektene av Nettverksmøter gjennomført ved Akershus Sykehus. Det er viktig for alle som jobber med Nettverksmøter å vite på hvilken måte dette tiltaket virker. Du er valgt ut til å forespørres om deltakelse i denne undersøkelsen da du er med på å holde nettverksmøter. Norges Teknisk- Naturvitenskapelige Universitet (NTNU) i Trondheim er ansvarlig for denne undersøkelsen.

Hva innebærer studien?

I denne studien vil det gjennomføres observasjoner av Nettverksmøter. Hensikten med dette er å få kunnskap om hvordan nettverksmøtene fungerer i praksis når nettverket snakker sammen. Om du sier ja til at jeg kan være til stede vil jeg kun sitte i bakgrunnen og lytte og gjøre noen notater. Disse notatene kommer ikke til å omhandle temaer under møtet, men heller hvordan gjennomføringen skjer. Jeg kommer ikke til å delta i diskusjonen. Oppstår det eventuelle ubehag ved at jeg er til stede, vil jeg forlate rommet.

Mulige fordeler og ulemper

Det er usikkert hvilke fordeler denne studien har for hver enkelt deltager. Mulige fordeler kan være en bedre forståelse av hvordan nettverksmøter fungerer, og hvilke konsekvenser møte(ne) har hatt for vedkommende. Mulige ulemper ved deltagelse i denne studien, kan være ubehag ved å ha en utenforstående til stede når temaer som diskuteres kan føles som sensitive for vedkommende.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke tilbake ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Stine Holmstul Olsen

Arnulf Kolstad

Mastergradsstudent

Professor i sosialpsykologi, prosjektleder

Universitetet i Trondheim, NTNU

Universitetet i Trondheim, NTNU

Tlf. 938 00 418

Tlf. 976 33 633

Epost: stinehol@stud.ntnu.no

epost: arnulf.kolstad@svt.ntnu.no

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.

Ytterligere informasjon om personvern finnes i kapittel B – Personvern

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

Kriterier for deltakelse:

Det har blitt satt flere kriterier for å bli med i denne undersøkelsen. Disse kriteriene er at du er med på å holde nettverksmøter, er mann, at du har en lettere psykisk diagnose, og at du er mellom 18 og 35 år gammel.

Bakgrunnsinformasjon om studien:

Det har foreløpig ikke vært noe nevneverdig forskning i Norge på effekten av Nettverksmøter. Det er derfor viktig å gjennomføre undersøkelser på dette, da dette kan føre til dybdekunnskap om hva deltakere opplever og erfarer ved å ha Nettverksmøter. Det er viktig for alle som jobber med Nettverksmøter å vite hvordan hovedpersonen opplever dette tiltaket og hvilke muligheter Nettverksmøter kan gi til andre mennesker i ulike livssituasjoner.

Å avslutte observasjonen:

Sier du ja til at jeg kan observere et av dine nettverksmøter, kan du når som helst under møtet trekke tilbake din samtykkeerklæring. Du trenger ikke oppgi noen årsak til hvorfor du ønsker dette, og nettverksmøtet vil fortsette som planlagt etter at jeg har forlatt rommet.

Kapittel B - Personvern

Personvern

Under observasjonen vil ingen informasjon om deg eller samtalen bli registrert.

Psykologisk Institutt på NTNU, ved øverste administrative ledelse er databehandlingsansvarlig.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

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

Informasjon om utfallet av studien

Mastergradsavhandlingen vil bli skrevet på norsk og vil være allment tilgjengelig når den er ferdig, og som deltager har du rett til å få informasjon om utfallet/resultatet av studien. Intervjustudien er meldt inn til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)



Observasjon.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet: (pårørende)

”Nettverksmøter – en analyse av effekten av nettverksmøter ved Akershus Sykehus, AHus.”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å undersøke effektene av Nettverksmøter gjennomført ved Akershus Sykehus. Det er viktig for alle som jobber med Nettverksmøter å vite på hvilken måte dette tiltaket virker. Du er valgt ut til å forespørres om deltakelse i denne undersøkelsen da du er med på nettverksmøter som en del av det sosiale nettverket. Norges Teknisk- Naturvitenskapelige Universitet (NTNU) i Trondheim er ansvarlige for denne undersøkelsen.

Hva innebærer studien?

I denne studien vil det gjennomføres observasjoner av Nettverksmøter. Hensikten med dette er å få kunnskap om hvordan nettverksmøtene fungerer i praksis, når nettverket snakker sammen. Om du sier ja til at jeg kan være til stede vil jeg kun sitte i bakgrunnen og lytte og gjøre noen notater. Disse notatene kommer ikke til å omhandle temaer under møtet, men heller hvordan gjennomføringen skjer. Jeg kommer ikke til å delta i diskusjonen. Oppstår det eventuelle ubehag ved at jeg er til stede, vil jeg forlate rommet.

Mulige fordeler og ulemper

Det er usikkert hvilke fordeler denne studien har for hver enkelt deltager. Mulige fordeler kan være en bedre forståelse av hvordan nettverksmøter fungerer, og hvilke konsekvenser møte(ne) har hatt for vedkommende. Mulige ulemper ved deltagelse i denne studien, kan være ubehag ved å ha en utenforstående til stede når temaer som diskuteres kan føles som sensitive for vedkommende.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke tilbake ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for den videre oppfølgingen med nettverksmøter. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Stine Holmstul Olsen

Arnulf Kolstad

Mastergradsstudent

Professor i sosialpsykologi, prosjektleder

Universitetet i Trondheim, NTNU

Universitetet i Trondheim, NTNU

Tlf. 938 00 418

Tlf. 976 33 633

Epost: stinehol@stud.ntnu.no

epost: arnulf.kolstad@svt.ntnu.no

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.

Ytterligere informasjon om personvern finnes i kapittel B – Personvern

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

Kriterier for deltakelse:

Det har blitt satt et kriterie for å bli med i denne undersøkelsen. Dette er at du er med på nettverksmøter som en del av det sosiale nettverket/pårørende.

Bakgrunnsinformasjon om studien:

Det har foreløpig ikke vært noe nevneverdig forskning i Norge på effekten av Nettverksmøter. Det er derfor viktig å gjennomføre undersøkelser på dette, da dette kan føre til dybdekunnskap om hva deltakere opplever og erfarer ved å være med på Nettverksmøter. Det er viktig for alle som jobber med Nettverksmøter å vite hvordan det sosiale nettverket opplever dette tiltaket og hvilke muligheter Nettverksmøter kan gi til andre mennesker i ulike livssituasjoner.

Å avslutte observasjonen:

Sier du ja til at jeg kan observere et av dine nettverksmøter, kan du når som helst under møtet trekke tilbake din samtykkeerklæring. Du trenger ikke oppgi noen årsak til hvorfor du ønsker dette, og nettverksmøtet vil fortsette som planlagt etter at jeg har forlatt rommet.

Kapittel B - Personvern

Personvern

Under observasjonen vil ingen informasjon om deg eller samtalen bli registrert.

Psykologisk Institutt på NTNU, ved øverste administrative ledelse er databehandlingsansvarlig.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

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

Informasjon om utfallet av studien

Mastergradsavhandlingen vil bli skrevet på norsk og vil være allment tilgjengelig når den er ferdig, og som deltager har du rett til å få informasjon om utfallet/resultatet av studien. Intervjustudien er meldt inn til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)



Intervju.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet: (pasient)

”Nettverksmøter – en analyse av effekten av nettverksmøter ved Akershus Sykehus, AHus.”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å undersøke effektene av Nettverksmøter gjennomført ved Akershus Sykehus. Det er viktig for alle som jobber med Nettverksmøter å vite på hvilken måte dette tiltaket virker. Du er valgt ut til å forespørres om deltakelse i denne undersøkelsen da du er med på å holde nettverksmøter, og dermed kan gi verdifull informasjon om din opplevelse av disse møtene. Norges Teknisk- Naturvitenskapelige Universitet (NTNU) i Trondheim er ansvarlige for denne undersøkelsen.

Hva innebærer studien?

I denne studien vil det gjennomføres intervjuer av personer som er med på Nettverksmøter. Intervjuet vil i hovedsak omhandle hvordan personen har opplevd å være med på nettverksmøte(r), samt hvordan det sosiale nettverket ser ut. Hvis du sier ja til å delta i denne undersøkelsen, vil kontakten mellom deg og forskeren gå gjennom Ulla Rosengren ved AHus. Ønsker du ikke å være med i denne undersøkelsen, vil ikke dette få noen konsekvenser for den videre behandlingen med nettverksmøter.

Mulige fordeler og ulemper

Det er usikkert hvilke fordeler denne studien har for hver enkelt deltager. Mulige fordeler kan være en bedre forståelse av hvordan nettverksmøter fungerer, og hvilke konsekvenser møte(ne) har hatt for vedkommende. Mulige ulemper ved deltagelse i denne studien, kan være ubehag ved å snakke med en fremmed person om temaer som kan føles som sensitive for vedkommende.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Dataene om deg vil bli slettet 31.12.2013.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Stine Holmstul Olsen

Mastergradsstudent

Universitetet i Trondheim, NTNU

Tlf. 938 00 418

Epost: stinehol@stud.ntnu.no

Arnulf Kolstad

Professor i sosialpsykologi, prosjektleder

Universitetet i Trondheim, NTNU

Tlf. 976 33 633

epost: arnulf.kolstad@svt.ntnu.no

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.

Ytterligere informasjon om personvern finnes i kapittel B – Personvern

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

Kriterier for deltakelse:

Det har blitt satt flere kriterier for å bli med i denne undersøkelsen. Disse kriteriene er at du er med på å holde nettverksmøter, er mann, at du har en lettere psykisk diagnose, og at du er mellom 18 og 35 år gammel.

Bakgrunnsinformasjon om studien:

Det har foreløpig ikke vært noe nevneverdig forskning i Norge på effekten av Nettverksmøter. Det er derfor viktig å gjennomføre undersøkelser på dette, da dette kan føre til dybdekunnskap om hva deltakere opplever og erfarer ved å ha Nettverksmøter. Det er viktig for alle som jobber med Nettverksmøter å vite hvordan hovedpersonen opplever dette tiltaket og hvilke muligheter Nettverksmøter kan gi til andre mennesker i ulike livssituasjoner.

Kapittel B - Personvern

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er noen få bakgrunnsopplysninger. Utover dette vil spørsmålene i intervjuet omhandle dine opplevelser av nettverksmøte(ne), samt noen spørsmål om ditt sosiale nettverk.

Det er kun forskeren og prosjektlederen som vil ha tilgang til ditt datamateriale (intervju).

Psykologisk Institutt på NTNU, ved øverste administrative ledelse er databehandlingsansvarlig.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

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

Informasjon om utfallet av studien

Mastergradsavhandlingen vil bli skrevet på norsk og vil være allment tilgjengelig når den er ferdig, og som deltager har du rett til å få informasjon om utfallet/resultatet av studien. Intervjustudien er meldt inn til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)



Intervju.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet (pårørende)

”Nettverksmøter – en analyse av effekten av nettverksmøter ved Akershus Sykehus, AHus.”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å undersøke effektene av Nettverksmøter gjennomført ved Akershus Sykehus. Det er viktig for alle som jobber med Nettverksmøter å vite på hvilken måte dette tiltaket virker. Du er valgt ut til å forespørres om deltakelse i denne undersøkelsen da du er med på nettverksmøter som en del av det sosiale nettverket, og dermed kan gi verdifull informasjon om din opplevelse av disse møtene. Norges Teknisk- Naturvitenskapelige Universitet (NTNU) i Trondheim er ansvarlige for denne undersøkelsen.

Hva innebærer studien?

I denne studien vil det gjennomføres intervjuer av personer som er med på Nettverksmøter. Intervjuet vil i hovedsak omhandle hvordan personen har opplevd å være med på nettverksmøte(r), samt hvordan det er å ha en nær som har en psykisk lidelse. Hvis du sier ja til å delta i denne undersøkelsen, vil kontakten mellom deg og forskeren gå gjennom Ulla Rosengren ved AHus. Ønsker du ikke å være med i denne undersøkelsen, vil ikke dette få noen konsekvenser for den videre behandlingen med nettverksmøter.

Mulige fordeler og ulemper

Det er usikkert hvilke fordeler denne studien har for hver enkelt deltager. Mulige fordeler kan være en bedre forståelse av hvordan nettverksmøter fungerer, og hvilke konsekvenser møte(ne) har hatt for det sosiale nettverket. Mulige ulemper ved deltagelse i denne studien, kan være ubehag ved å snakke med en fremmed person om temaer som kan føles som sensitive for vedkommende.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Dataene om deg vil bli slettet 31.12.2013.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Stine Holmstul Olsen

Arnulf Kolstad

Mastergradsstudent

Professor i sosialpsykologi, prosjektleder

Universitetet i Trondheim, NTNU

Universitetet i Trondheim, NTNU

Tlf. 938 00 418

Tlf. 976 33 633

Epost: stinehol@stud.ntnu.noepost: arnulf.kolstad@svt.ntnu.no

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.

Ytterligere informasjon om personvern finnes i kapittel B – Personvern.

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

Kriterier for deltakelse:

Det har blitt satt et kriterie for å bli med i denne undersøkelsen. Dette kriteriet er at du er med på nettverksmøter som en del av det sosiale nettverket.

Bakgrunnsinformasjon om studien:

Det har foreløpig ikke vært noe nevneverdig forskning i Norge på effekten av Nettverksmøter. Det er derfor viktig å gjennomføre undersøkelser på dette, da dette kan føre til dybdekunnskap om hva deltakere opplever og erfarer ved å være med på Nettverksmøter. Det er viktig for alle som jobber med Nettverksmøter å vite hvordan på pårørende og det sosiale nettverket opplever dette tiltaket og hvilke muligheter nettverksmøter kan gi til andre mennesker i ulike livssituasjoner.

Kapittel B - Personvern

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er noen få bakgrunnsopplysninger. Utover dette vil spørsmålene i intervjuet omhandle dine opplevelser av å være med på nettverksmøte(r) og hva disse møtene har betydning for deg.

Det er kun forskeren og prosjektlederen som vil ha tilgang til ditt datamateriale (intervju).

Psykologisk Institutt på NTNU, ved øverste administrative ledelse er databehandlingsansvarlig.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

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

Informasjon om utfallet av studien

Mastergradsavhandlingen vil bli skrevet på norsk og vil være allment tilgjengelig når den er ferdig, og som deltager har du rett til å få informasjon om utfallet/resultatet av studien. Intervjustudien er meldt inn til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)



Forespørsel om deltakelse for dine pårørende i forskningsprosjektet:

***”Nettverksmøter – en analyse av effekten av nettverksmøter
ved Akershus Sykehus, AHus.”***

Bakgrunn

I forbindelse med din deltagelse i Nettverksmøter ved Akershus Sykehus, er det ønskelig å få din tillatelse til å intervjuer to av dine pårørende. Det er viktig for alle som jobber med Nettverksmøter å vite på hvilken måte dette tiltaket virker, også for de pårørende. Dine pårørende kan gi verdifull informasjon om sine opplevelser av disse møtene. Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet (NTNU) i Trondheim er ansvarlige for denne undersøkelsen.

Hva innebærer studien?

I denne studien vil det gjennomføres intervjuer av personer som er med på Nettverksmøter. Intervjuet vil i hovedsak omhandle hvordan dine pårørende har opplevd å være med på nettverksmøte(r), og hva disse møtene har betydd for dem. Hvis du gir din tillatelse til at dine pårørende kan delta i denne undersøkelsen, vil kontakten mellom dine pårørende og forskeren gå gjennom Ulla Rosengren ved AHus. Ønsker du ikke å gi din tillatelse til dette, vil ikke dette få noen konsekvenser for den videre behandlingen med nettverksmøter.

Samtykke til deltakelse for pårørende i studien

Jeg er villig til å la to av mine pårørende delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Intervjuguide

Forklar om opptakeren, at jeg gjør det fordi mine notater og hukommelse ikke vil være godt nok og at jeg risikerer å huske feil, ikke få med meg viktige ting som kommer frem og så videre. Presiser at under intervjuet kan han/hun slå av/be om å få slått av opptakeren når som helst.

Forklar om formålet, og at personen er i en unik posisjon som har deltatt i Nettverksmøter og derfor kan gi verdifull innsikt om dette. Det er deg og ca 7 andre, ingenting av det du sier vil kunne identifiseres.

Si meg gjerne imot, ta opp andre tråder. Fortell at jeg vil prøve å si så lite som mulig, og at jeg kommer til å spørre ”hva mente du med...? og Hva betyr...?”

Spørsmål til pasientene:

Bakgrunn:

Kjønn

Alder

Utdannelse (videregående/høyskole/universitet)

Sivilstatus

Diagnose

Hvor lenge har du hatt diagnosen?

Før Nettverksmøtene:

Hva gjorde at du valgte å ha nettverksmøte?

Hva tenkte du at du ville bruke nettverksmøtet til?

Hvor mange mennesker valgte du å ta med i nettverksmøtet?

Nettverksmøtene:

Kjente alle hverandre fra før?

Var det noen av dem det var spesielt viktig at var der?

Hvordan var kommunikasjonen?

Å åpne seg for andre, hvordan var det for deg? Bestemte du deg på forhånd?

Fortalte du noe du ikke har fortalt til dem før?

Hva var viktig for deg med Nettverksmøte?

Det sosiale nettverket:

Hvordan så ditt sosiale nettverk ut før du ble diagnostisert?

Har kontakten med nettverket/det å få hjelp og støtte forandret seg etter at livet ble ”vanskelig”?

Vil du si at ditt sosiale nettverk har endret seg etter at du fikk diagnosen?

Når du behøver hjelp og støtte, hvem henvender du deg til? Er det blitt lettere å be om hjelp/støtte? Hva er forskjellen før og nå?

Opplever du at nettverket ditt vet hvordan de best kan hjelpe og støtte deg?

Når det gjelder timingen av nettverksmøte, ville du ha hatt/ville du sagt ja på et tidligere tidspunkt?

Opplevelsen av Nettverksmøtet:

Er det noe du vil trekke frem som positive og negative erfaringer knyttet til Nettverksmøtene?

I lys av det du vet i dag, ville du gjort noe annerledes om du skulle startet denne prosessen i dag?

Når du ser tilbake, er det noe som er annerledes i din hverdag nå i forhold til for et år siden?

Hva har det betydd for deg å være med på/holde nettverksmøte?

Har ditt syn på åpenhet i forhold til familie og venner endret seg etter deltagelsen på nettverksmøte? Eventuelt hvordan?

Spørsmål til det sosiale nettverket

Bakgrunn:

Alder

Utdannelse (videregående/høyskole/universitet)

Hva er din tilknytning til pasienten?

Før nettverksmøtet:

Hvordan opplever du at noen i ditt sosiale nettverk som har en psykisk diagnose?

Nettverksmøtene har lagt vekt på åpenhet. Føler du dette punktet har bidratt til kommunikasjonen mellom deg og pasienten?

Hadde du et behov eller ønske om mer informasjon, både om sykdommen og pasientens egne behov før du ble med Nettverksmøte?

Føler du deg ivaretatt som pårørende? Hva kunne eventuelt vært bedre?

Opplevelsen av Nettverksmøtet:

Er det noe du vil trekke frem som positive og negative erfaringer knyttet til Nettverksmøtene?

Vil du betegne Nettverksmøte som en ekstra ”byrde” i forhold til støtte av pasienten?

Føler du nettverksmøte har vært med på å endre eller forbedre ditt forhold til pasienten på noen måter? Hvilke?

I lys av det du vet i dag, ville du gjort noe annerledes om du skulle startet denne prosessen i dag?

Når du ser tilbake, er det noe som er annerledes i din hverdag nå i forhold til for et år siden?

Har ditt syn på åpenhet i forhold til familie og venner endret seg etter deltagelsen på nettverksmøte? Eventuelt hvordan?

Hva har det betydd for deg å være med på nettverksmøte?