

ÖREBRO UNIVERSITET
Akademin för juridik, psykologi och socialt arbete
Socionomprogrammet
Socialt arbete C, Uppsats, 15 hp
Ht-11

”En god vän är den bästa medicinen” - Nätverkets betydelse inom psykiatri

Jensfelt, Marcus
Öhrström Kjellberg, Karolina

Handledare: Toresson-Blohm, Britt-Louise

Sammanfattning

Syftet med denna studie är att undersöka nätverksarbetets betydelse inom psykiatrin. Om nätverksarbete används och i sådana fall vad det finns för motiveringar till att använda respektive inte använda denna typ av insatser. För att besvara frågeställningarna genomförde vi fyra intervjuer med kuratorer anställda inom denna verksamhet. Vi har valt att göra intervjuerna på två öppenvårdsmottagningar och två slutna avdelningar i Stockholm. Intervjuerna genomförde vi efter en semistrukturerad frågemall. Vi har valt att analysera vårt resultat utifrån systemteori, utvecklingsekologi och teorier om coping. Tidigare forskning har visat på att nätverkets betydande roll för både psykisk och fysisk hälsa. Vårt resultat har visat nätverksarbetet har en något begränsad plats inom psykiatrin även om det förekommer. I vilken utsträckning nätverksarbete används varierar mellan de olika verksamheterna. Vår studie visar att nätverket har stor betydelse för patienten och att majoriteten av våra intervjupersoner tycker att det är viktigt att inkludera nätverket i patientens behandling.

Abstract

The purpose of this study is to examine the importance of working with social network in psychiatric care. If the network perspective is used or not, and what motive the professionals have to use or not use it. To answer our research questions we conducted four interviews with councilors working in this field. We chose to do our interviews in two inpatient care units and two outpatient care units in Stockholm. The interviews were conducted with semi structured questions. We chose to analyze the results with systems theory, human development ecology and coping theories. Previous research has shown the importance of the social network when it comes to both mental and physical health. Our result has despite of that shown that working with the network has a somewhat limited role in psychiatric care even if it occurs. How professionals chose to work with this differs from place to place.

Keywords: Social network, psychiatry, coping, development ecology, social support, systems theory, mental health.

Innehåll

Inledning.....	5
Syfte	5
Frågeställningar	5
Avgränsningar	5
Definition av centralt begrepp.....	6
Bakgrund	6
Psykiatri i Sverige	6
Nätverksarbete i Sverige	7
Psykiatrisk tvångsvård.....	7
Sekretess inom hälso- och sjukvård	8
Tidigare forskning	8
Evidens för det sociala nätverkets betydelse.....	8
Anhörigstöd inom psykiatri.....	9
Nätverkets betydelse för psykisk och fysisk sjukdom	10
Civilstatus som risk- och skyddsfaktor	10
Schizofreni, socialt nätverk och livskvalitet	11
Teoretiska utgångspunkter	11
Inledning.....	11
Coping	11
Utvecklingsekologi.....	13
Systemteori.....	14
Metod	16
Metodval.....	16
Datainsamling.....	16
Litteratursökning och källkritik.....	16
Tillvägagångssätt.....	17
Urval.....	17
Analysmetod.....	17
Validitet och reliabilitet.....	18
Etiska överväganden	19
Resultatredovisning	20
Presentation av verksamheter.....	20
Patienternas nätverk	20
Synen på familj och nätverk.....	21
Situationer där nätverket bör eller inte bör involveras	23
Faktorer som kan påverka nätverket	24
Övrig vårdpersonals syn på nätverksarbete.....	24
Analys.....	25
Inledning.....	25
Synen på nätverksarbete.....	25
Nätverket i forskningen	26
Utmärkande drag hos nätverken.....	27
Kön och nätverk	27
Slutdiskussion.....	28
Slutsats	29
Förslag till vidare forskning	29
Referenser.....	30

Bilagor.....	31
Intervjufrågor	32

Inledning

Psykiatrin i Sverige har sedan psykiatrireformen 1995 genomgått stora förändringar. Tidigare har psykiskt sjuka personer vårdats på mentalsjukhus under långa perioder där isoleringen från omvärlden var betydande. Reformen som ägde rum 1995 innebar att människor som förut vistats inom olika institutioner skulle komma ut i samhället och kommunerna fick genom socialpsykiatrin det övergripande ansvaret för dessa individer (Ottoson, 2003). I dag undviks långvarig hospitalisering och patienter vårdas istället kortare perioder inom slutenvården för att sedan slussas ut till öppna vårdformer. Som det ser ut idag har istället socialpsykiatrin ansvar för psykiskt sjuka individer och måste se till att deras dagliga livsföring fungerar med allt vad det innebär. På psykiatriska avdelningar är det ovanligt med inläggningar som överskrider tre veckor (Ottoson, 2003). Samtidigt som kommunens ansvar har ökat har även anhöriga till individer som lider av psykisk ohälsa fått ta allt större ansvar (Sjöblom, 2010).

Det sociala nätverket definieras enligt Seikkula (1996) som människans aktuella sociala relationer. I det sociala nätverket ingår de människor som individen anser är viktiga (Seikkula 1996). Det finns fler aspekter i att ha ett fungerande socialt nätverk. Det innebär inte enbart emotionellt utan även materiellt stöd (Moak och Agrawal 2009). Enligt Orhagen (1992) minskas lidandet för patienter med psykisk ohälsa om anhöriga involveras i patientens vård. För såväl fysisk som psykisk ohälsa anses det sociala nätverket vara en skyddsfaktor.

Psykiatrin är en medicinsk vetenskap där den psykiatriskt utbildade läkaren har det övergripande ansvaret. En förutfattad mening är i detta sammanhang att psykiatrin således skulle ha sin primära fokus på individen både i förklaring av- och behandling för psykisk sjukdom. Socialt arbete är tvärtemot detta en vetenskap som lägger stor vikt vid människans sociala relationer och hennes miljö i förklaringen av mänskliga problem. Socionomutbildade kuratorer arbetar ofta inom psykiatrin, och med anledning av detta ställer vi oss också frågan om det inom den psykiatriska vården finns plats för det sociala arbetet och det sociala fokus som socialt arbete ofta vill använda sig av. Vi vill med denna studie belysa människans relationer och miljö som en stor och viktig del när det gäller hennes psykiska välmående.

Syfte

Syftet är att belysa psykiatrins syn på behovet av att involvera patientens familj och nätverk i behandlingen och vilka förbättringar/förändringar som sker när nätverket är involverat.

Frågeställningar

I vilken utsträckning använder sig vårdgivarens personal av patienternas nätverk?

Vilka är motiven till att använda sig av dessa insatser, eller inte göra det?

Vilken betydelse för patientens psykiska mående tillmäts nätverket?

Avgränsningar

Vi har valt att fokusera på hur det sociala nätverket påverkar patienten. Påverkan sker naturligtvis båda hållen, då närstående på olika sätt reagerar på en anhörigs sjukdom. Vi har dock valt att lägga fokus på patientens upplevelser.

Definition av centralt begrepp

Definitionen av ett socialt nätverk enligt (Seikkula, 1996) är en människans aktuella sociala relationer. I det sociala nätverket ingår de relationer som individen anser är viktiga. Socialt stöd är inte detsamma som socialt nätverk då socialt stöd är något som kan ingå i ett socialt nätverk (Seikkula, 1996).

Enligt Hessle (i Seikkula, 1996) är begreppet socialt nätverk ofta kopplat till sociologisk forskning medan socialt stöd förekommer i socialmedicinsk eller psykiatrisk forskning. Hessle menar att socialt stöd innebär stöd som individen kan motta från en mänsklig relation medan socialt nätverk fokuserar på samspel mellan människor. Enligt Marsella och Snyder (1981) är den sociala identiteten en produkt av relationernas interaktion. När nya människor tillkommer i nätverket ändras interaktionen.

Bakgrund

Psykiatrin i Sverige

Psykiatrin har längre präglats av fördomar och okunskap när det gäller orsaker och behandling. Före 1950 handlade psykiatrisk vård mestadels om förvaring och isolering i väntan på att patienten skulle förbättras, ibland tillsammans med primitiva behandlingsmetoder och dämpande läkemedel (Ottosson, 2003).

Psykiskt sjuka människor förvarades länge på olika institutioner som hade till syfte att ta hand om de som inte passade in i samhället. Dessa institutioner har genom tiden sett olika ut och haft olika namn. 1967 övertog landstingen driften av de statliga mentalsjukhusen som så småningom avvecklades (Ottosson, 2003). Idag finns endast psykiatriska kliniker på "vanliga" sjukhus, vilket tyder på att psykiska sjukdomar har fått samma ställning som annan sjukvård. I samband med denna omvandling minskades också antalet vårdplatser kraftigt från ca 30 000 till cirka 6 000 platser år 2003 (Ottosson, 2003).

En psykiatrireform genomfördes i Sverige 1995. Syftet var att förebygga långvarig hospitalisering för psykiskt sjuka, normalisera dem genom att integrera dem i samhället och förbättra möjligheterna för rehabilitering (Ottosson, 2003). Genom Socialtjänstlagen fick kommunerna ansvar för de individer som var medicinsk färdigbehandlade på psykiatrisk klinik och samordna insatser för dessa (Ottosson, 2003). Reformen var menad till att bli en stor omställning för vården av psykiskt sjuka men den genomfördes inte helt utan problem. En verksamhet som tidigare hade vilat på landstingen hamnade nu på kommunernas socialtjänst där man inte var van att ta hand om dessa personer. Många människor blev därmed bland annat isolerade när de fick eget boende och andelen hemlösa ökade (Ottosson, 2003).

Idag är den moderna psykiatriska vården organiserad på samma sätt som vårdcentraler, där en vårdinrättning ska täcka ett visst geografiskt område. De olika sektorerna har hand om både öppenpsykiatriska mottagningar och vårdavdelningar för inneliggande vård. De olika klinikerna har sammanlagt mellan 5- och 6 000 vårdplatser för både vanlig och rättspsykiatrisk vård (Ottosson & Ottosson, 2007). Vårdtiderna på de olika klinikerna har minskat kraftigt sedan cirka 20 år bakåt i tiden. Idag vistas en patient i genomsnitt 19 dagar på en psykiatrisk vårdavdelning (Ottosson & Ottosson, 2007).

Genom psykiatrireformen 1995 fick som bekant kommunerna ett större ansvar för de psykiskt sjuka och funktionshindrade. Socialtjänsten har i dagsläget ett övergripande ansvar för dessa individer och deras vård, boende, arbete och dagliga verksamhet etc. De insatser kommunerna ska bistå med regleras i exempelvis Handikappslagen och Lagen om assistansersättning (Ottooson & Ottooson, 2007). Allt detta har inneburit att individer med psykiska störningar har blivit mer synliga ute i samhället då de inte längre isoleras på mentalsjukhus. Detta har dock inte skett helt utan problem. Svårigheterna kan bestå i att dessa personer med ofta ett lite speciellt uppträdande och sociala svårigheter ska integreras ute i ett samhälle där de kanske inte riktigt passar in. Samtidigt är de positiva effekterna att långvarig hospitalisering undviks och psykiskt sjuka får möjlighet till ett någorlunda normalt liv (Ottooson & Ottooson, 2007).

Arbete inom psykiatrin idag sker ofta med arbetsteam där en tvärvetenskaplig kunskap ska finnas. Detta eftersom patienternas problematik ofta är mångbottnad och ett arbetslag med flera professioner behövs för att kunna tillgodose klientens alla behov (Ottooson & Ottooson, 2007). I teamen ingår både läkare, psykologer, socionomer, arbetsterapeuter och mentalskötare som bistår med sitt kunnande. Varje patient har en patientansvarig läkare som leder arbetet (Ottooson & Ottooson, 2007). Vården ska också byggas på frivillighet där klienten kan avsäga sig vissa insatser. Undantag från frivilligheten görs i särskilt allvarliga fall där fara för patientens eller andras säkerhet kan äventyras (Ottooson & Ottooson, 2007).

Nätverksarbete i Sverige

På 60-talet inledde familjeterapeuten Ross Speck och Carolyn Attneave, som arbetade på ett institut för barnpsykoterapi, ett samarbete. Deras arbete utgick från att behandla patienter utifrån relationsmässiga sammanhang. 1966 höll Speck sitt första nätverksmöte med målet att isolerade familjer skulle återfå kontakten med vänner och grannar. Speck och Attneaves publicerade 1973 boken *Family Networks* (Forsberg & Wallmark, 2002).

I slutet av 70-talet nådde nätverksarbete Sverige. I Stockholm var bostadssegregation ett stort samhällsproblem och i miljonprogramområden som Fittja, Alby och Hallunda-Norsborg fanns stora sociala problem. Socialtjänsten och PUB (Psykisk Barn- och Ungdomsvård) hade inte tillräckliga resurser för att hantera de problem som rådde. Familjeterapin var den främsta terapiformen men ansåg inte tillräcklig för att komma till bukt med problemen. Idén om nätverksterapin nådde Sverige genom Attneaves bok *Family Networks*. Nätverksterapin innefattade det helhetsperspektiv på individen och hennes omgivning som tidigare saknats (Forsberg & Wallmark, 2002).

Psykiatrisk tvångsvård

Tillsammans med infektionsvården är den psykiatriska vården det område där patienter faktiskt kan vårdas mot sin vilja (Ottooson & Ottooson, 2007). I övrigt präglas svensk sjukvård av frivillighet och att patienten när som i helst, och i vilket skede som helst, kan avböja fortsatt vård. Denna grundsyn präglar även psykiatrin och patienter ska i möjligaste mån själva få delta i besluten om hur vården ska utformas (Ottooson & Ottooson, 2007). Undantag kan dock göras om patienten motsätter sig vård och professionella gör bedömningen att vård är nödvändig för att patienten ska kunna må bättre och inte utgöra en fara för både sig själv och sin omgivning. Lagstiftarna har i detta fall valt att göra ett undantag från principen att varje människa har rätt till att bestämma över sitt eget liv, vilket ju annars är en grundlagsskyddad rättighet (Ottooson & Ottooson, 2007). Detta får dock bara göras om

patienten riskerar ta sitt liv eller utsätta andra människor för fara och det alltså handlar om att skydda både patienten och dess medmänniskor (Ottosson & Ottosson, 2007).

Innan tvångsvård kan bli aktuellt måste andra alternativ uteslutas. Patienten måste trots vårdpersonals försök motsätta sig vård på frivillig basis, vilket ofta kan vara fallet när denne saknar sjukdomsinsikt (Ottosson & Ottosson, 2007). Även om patienten berövas sitt självbestämmande, som fallet är med tvångsvård, måste hans eller hennes integritet i möjligaste mån fortsatt respekteras. Detta kan vara en svår balansgång att försöka minimera den kränkning som det faktiskt innebär att vårdas mot sin vilja (Ottosson & Ottosson 2007). År 2007 vårdades cirka 2000 patienter med tvång vilket är en relativt liten del i jämförelse med det totala antalet patienter inom psykiatrin (Ottosson & Ottosson, 2007).

Sekretess inom hälso- och sjukvård

Sekretesslagen trädde i kraft 1981 och innehöll regleringar angående sekretess och tystnadsplikt. 2009 ersattes Sekretesslagen med Offentlighets- och sekretesslagen (Landelius, 2010). Enligt 3 kap. 5§ i offentlighets- och sekretesslagen innebär sekretess inom hälso- och sjukvård att uppgifter endast får röjas om det står klar att patienten eller dess anhöriga *inte* tar skada av det. Uppgifter ska inte röjas om den enskilde lider skada eller men. Att den enskilde lider skada innebär bland annat ekonomiska skadeverkningar. Begreppet lider men innebär integritetskränkningar eller att den enskilde riskerar att utsättas för våld, trakasserier eller annan form av psykiska obehag (Landelius, 2010).

Enligt 4 kap 2§ i offentlighets- och sekretesslagen gäller sekretess inom både öppen- och slutenvård. Uppgifter som är sekretessbelagda är uppgifter rörande hälsotillstånd eller personliga förhållanden. Psykiatrisk tvångsvård eller andra frihetsberövande åtgärder undantas från sekretessen. 4 kap. 3§ tar upp mot vem sekretessen skall gälla. I vissa fall då patienter lider av långvarig sjukdom och vill hemlighålla detta för sina nära anhöriga kan uppgifter ändå lämnas ut till de anhöriga. Då patienten inte vill att hennes eller hans anhöriga ska få information om att hon eller han vistats på sjukhus ska denna önskan så långt det är möjligt respekteras. Med anledning av detta är det viktigt att vid en inskrivning fråga patienten om hon eller han ger sitt medgivande till att kontakta anhöriga eller ej (Landelius, 2010).

Tidigare forskning

Evidens för det sociala nätverkets betydelse

Henderson (1984) menar att socialt stöd har betydelse för den mentala hälsan. Patienter med anhöriga som är närvarande och engagerade tillfrisknar snabbare och behandlingen får en bättre effekt (Henderson, 1984). Enligt Cassel (1976) så har människor med ett gott socialt nätverk större chans att hantera svårigheter och livskriser. Ett bristfälligt socialt nätverk är en lika hög riskfaktor som rökning och alkohol är för hjärt- och kärlsjukdomar. Cassel menar att både somatiska och psykiska sjukdomar till stor del uppkommer av stress. Han kritiserar begreppet stressymtom då han menar att alla sjukdomar kan ha stress som utlösande faktor. Hur individen hanterar stress, psykisk och fysisk ohälsa styrs till stor del av relationen mellan individ och miljö. När faktorer i den sociala miljön förändras så förändras även människans hälsostatus antingen till det bättre eller till de sämre. Människor som utvecklar schizofreni,

utvecklar alkoholism i tidig ålder eller begår självmord har ofta blivit bortvalda av antingen samhället eller delar av sitt sociala nätverk (Cassel, 1976).

Anhörigstöd inom psykiatri

De förändringar som skett inom psykiatri genom psykiatrireformen 1995 har lett till att många psykiskt sjuka vårdas i hemmet. Att arbeta med utgångspunkt i empowerment inriktade teorier tillsammans med människor som lider av psykisk sjukdom har ökat vilket pekar på att familj och anhöriga ses som en resurs (Sjöblom m.fl. 2010).

Om anhöriga inte involveras kan detta bidra till en stigmatisering av såväl anhörig som patient. I återhämtningsprocessen spelar anhöriga en betydande roll då de sociala relationerna är det viktigaste för tillfrisknandet för en psykiskt sjuk person. Givetvis finns det andra faktorer som spelar in så som daglig sysselsättning, bostadssituation, medicinsk behandling och terapeutisk behandling men de sociala relationerna är trots dessa övriga insatser det viktigaste för ett tillfrisknande (Topor, 2004). Anhöriga har en unik kunskap om patienten och kan därför vara till stor hjälp för att skapa en förståelse för patientens problematik (Sjöblom m.fl.) Utöver socialt stöd är det viktigaste för patientens tillfrisknande att vården kan erbjuda rätt behandling till rätt diagnos. För att patienten ska kunna leva ett så bra liv som möjligt behöver hon stöd i vardagen även från professionella och detta kan ges i form av exempelvis boendestöd (Topor, 2004).

Patienter inom psykiatri uppfattar oftast sina anhöriga som en tillgång. Innan anhöriga inkluderas i patientens behandling bör givetvis såväl patienten tillfrågas då det finns fall då patienten inte anser det önskvärt. Det är inte möjligt att göra en generalisering och påstå att anhöriga alltid bör involveras utan det är en bedömning som ska göras i varje enskilt fall. Ett samarbete mellan professionella och anhöriga kan ha god påverkan på behandlingsresultatet men detta endas i fall patienten själv väljer att involvera sina anhöriga. Fokus bör ligga på patienten och dennes behov och beslutet om huruvida anhöriga skall inkluderas eller ej bör alltid tas av patienten (Sjöblom m.fl. 2010).

Enligt Orhagen (1992) har personer som insjuknar i psykisk sjukdom en stark påverkan på sina nära anhöriga och nätverket kan hamna i kris. Orhagens forskning visar att för att minska lidandet för patienten bör anhörig involveras i behandlingen av patienten. Tidigare har det sociala nätverket varit delaktig i behandlingen i låg utsträckning. Enligt denna forskning håller synen på anhöriga till psykiskt sjuka på att ändras (Orhagen, 1992).

Enligt Moak och Agrawal (2009) innebär ett brett socialt nätverk en trygghet för individen genom både känslomässiga och materiella resurser. Moak och Agrawal (2009) menar att socialt stöd minskar risken för såväl fysisk som psykisk sjukdom. I situationer med höga stresspåslag är det sociala nätverket en av de främsta skyddsfaktorerna mot psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa kan påverka det sociala nätverket genom att personen drar sig tillbaka och relationen kan skadas av det påfrestningar som psykisk ohälsa innebär. Nätverket påverkar alltså sjukdomen samtidigt som sjukdomen påverkar nätverket. Psykisk ohälsa skulle alltså kunna ses som en riskfaktor för ett försämrat nätverk (Moak & Agrawal, 2009).

Det sociala nätverket kan fungera som en skyddsfaktor mot psykisk ohälsa. Ett funktionellt nätverk fungerar som en buffert mot stress och hjälper individen att hantera stress i olika livssituationer. De människor som har ett dysfunktionellt nätverk och saknar människor att

söka stöd hos har större risk att utveckla somatiska eller psykiska sjukdomar (Marsella & Snyder, 1981).

Nätverkets betydelse för psykisk och fysisk sjukdom

Salter & Depue (1981) genomförde en studie där de intervjuade depressiva patienter i 18-65-årsåldern. Intervjupersonerna delades upp i två grupper, en grupp där patienten begått suicidförsök och en grupp där patienten inte hade försökt begå suicid. Målet med undersökningen var att ta reda på vilka faktorer som påverkade huruvida patienten var suicidbenägen eller ej. Studien visade att de patienter som hade gjort suicidförsök hade drabbats av en förlust av en nära anhörig. Slutsatsen av studien var att en ökning av det sociala stödet skulle minska suicidförsöken hos patienterna.

Psykiskt sjuka personer har i många fall ett svagare socialt nätverk än friska personer. Generellt sett försvagas individens sociala relationer efter första insjuknandet. Ju längre tid patienten är sjuk desto mer försvagas det sociala nätverket och därmed minskas förutsättningarna för ett tillfrisknande. En person som är långvarigt psykiskt sjuk mister ungefär hälften av sina sociala relationer. Vid vissa psykotiska sjukdomar kan det vara svårt för anhöriga då personer som lider av psykos ofta är paranoida och känner sig förföljda samt kan känna ett hat gentemot sina anhöriga (Seikkula, 1996).

Stafford m.fl. (2011) visar i deras studie att negativa relationer i det sociala nätverket har ett samband med depression. Nära relationer i nätverket så som familjemedlemmar har störst påverkan på det psykiska hälsan, och när dessa relationer är negativa ökar risken för depression. Enligt denna studie kan ålder och vilken livsfas individen befinner sig i ha betydelse för hur individens välmående påverkas. Denna studie är gjord på äldre vuxna vilket kan ha påverkat resultatet. Studien visar att äldre kvinnor har större risk att drabbas av depression. Andra riskfaktorer är dålig ekonomi och kroniska fysiska sjukdomar. De personer som hade en eller inga nära relationer var överrepresenterade bland de depressionspatienter på de psykiatriska mottagningar som studien bygger på. Studien visade att patienter som levde i familj med man och barn hade ett större socialt nätverk, även utanför familjen (Stafford, McMunn, Zaninotto, Nazroo 2011).

Civilstatus som risk- och skyddsfaktor

Att leva som gifta eller sambos kan vara en skyddsfaktor för både män och kvinnor men på olika vis. Enligt forskning är separationer förknippat med stort psykiskt lidande för såväl kvinnor som män. Skilda och separerade kvinnor och män uppsöker i högre utsträckning psykiatriska mottagningar. En skilsmässa eller separation innebär ofta stresspåslag för individen särskilt om det finns barn med i bilden. Den nya situationen kan innebära ökad stress genom att individen ensam måste hantera olika situationer i vardagen. I vissa fall innebär skilsmässor och separationer dessutom en ekonomisk stress för individen (Gerstel, Kohler- Riessman och Rosenfiels, 1985).

En separation påverkar både det emotionella och materiella stödet. Kvinnor drabbas generellt sett hårdare ekonomiskt än män av en separation. Kvinnor har däremot ofta ett fungerande socialt nätverk med nära relation till flera i nätverket utanför äktenskapet. Kvinnor får ofta mycket av sitt emotionella stöd av nära väninnor även när de lever i en relation eller äktenskap. Män påverkas i mindre utsträckning ekonomiskt men drabbas svårare av förlusten av emotionellt stöd (Gerstel m.fl. 1985).

Schizofreni, socialt nätverk och livskvalitet

I Österrike gjorde Sibitz m fl. (2010). en studie av hur korrelationen mellan socialt nätverk, stigma, empowerment, depression och livskvalitet såg ut hos patienter med sjukdomen schizofreni. Syftet var att undersöka hur socialt nätverk, stigma och empowerment direkt och indirekt påverkade patienters nedstämdhet och försämrade livskvaliteten hos dessa individer (Sibitz m fl. 2010).

Resultatet visade att urvalet som undersökts var representativt för personer med schizofreni, i och med att de i stor utsträckning levde ensamma och sällan var yrkesverksamma. Ungefär hälften av respondenterna hade ett socialt nätverk med ett betydelsefullt antal vänner. Patienterna visade en delvis relativt låg nivå av stigmatisering och depression samtidigt som nivån av empowerment var relativt hög. Undersökningen visade dock att det fanns ett signifikant samband mellan ett svagt socialt nätverk och hög nivå av stigmatisering samt låg nivå av empowerment. Det fanns även bevis för att stigmatisering och brist på empowerment hade samband med depression och sämre livskvalitet. Något samband mellan stigmatisering och livskvalitet kunde dock inte säkerställas, vilket alltså innebär att stigmatisering endast hade en indirekt påverkan på livskvaliteten (Sibitz m fl. 2010).

Teoretiska utgångspunkter

Inledning

Vi har valt att analysera vårt resultat utifrån utvecklingsekologi och systemteori samt teorier om coping. Systemteori och utvecklingsekologi valdes då teorierna är de främsta när det gäller att förklara det socialas betydelse för människan. Coping valdes då teorin bidrar till förståelse för hur människor hanterar svårigheter.

Coping

Människor har olika psykologiska anpassningsstrategier för att hantera svårigheter. Coping är ett samlingsbegrepp för de olika strategier som kan användas (Rydén & Stenström, 2008). Lazarus & Folkman (1984) delade in copingstrategier i probleminriktade och emotionellt inriktade. Probleminriktade strategier är att se problemet och försöka hitta olika lösningar. Emotionella strategier innebär att individen försöker agera likgiltig inför situationen och lägger fokus på andra saker. Detta för att minska anspänningen och återfå emotionell balans. Emotionella strategier används ofta då individen inte är redo att ta tag i situationen och hon eller han vill upprätthålla vardagen. Ju mer hjälplös personen är i en situation desto större sannolikhet är det att hon använder sig av emotionell coping. Emotionella strategier kan hindra individen från sammanbrott men kan samtidigt bidra till att hon eller han inte tar tag i sin situation (Lazarus & Folkman, 1984).

Vilken copingstrategi en person använder sig av är beroende av både personlighet samt vilken situation denne befinner sig i. Individen kan alltså välja olika strategier beroende på situation men kan vara mer benägen att välja exempelvis emotionell framför probleminriktad strategi. Vilken copingstrategi som är mest framgångsrik beror på situation och vad syftet med strategin är. Är det exempelvis att individen ska slippa ångest och tillfälligt obehag eller att få bukt med fysiska problem så som att sänka sitt blodsocker (Rydén & Stenström, 2008).

De olika copingstrategierna brukar delas in i nio olika grupper. Dessa används sällan isolerade utan ofta i kombination med andra strategier (Rydén & Stenström, 2008).

1. *Logisk analys och mentala förberedelser.* Med logisk analys menas att individen har förmåga att bryta ner problem i mindre delar och ta en sak i taget. Detta gör det enklare för individen att hantera svåra händelser och även att bearbeta dem i efterhand. Det är avgörande hur människor tidigt i livet hanterar påfrestande situationer då det ligger till grund för vår självkänsla.
2. *Omdefiniera svåra hotfulla situationer.* Detta innebär att vara förmögen att acceptera svåra händelser och rekonstruera dessa så att de blir hanterbara. Detta kan exempelvis göras genom att jämföra sig med andra i liknande situationer och kanske till och med upptäcka att andra har det värre. Det krävs att individen ska kunna urskilja positiva aspekter även i en svår situation. Att uppskatta de friska sidorna hos sig själv är en av förutsättningarna för att personen ska kunna hantera den svåra situation som fysisk eller psykisk sjukdom innebär. För att individen ska kunna se positivt på livet trots sin sjukdom krävs det sjukdomsinsikt och acceptans.
3. *Förneka det hotfulla.* Att förneka en situation som är ny och skrämmande kan ses som en försvarsmekanism men kan vara framgångsrikt för att skapa tillfälligt lugn hos individen. Moos menar att välbefinnande till viss del hör samman med förmågan att behålla illusioner om livet som man vill att det ska vara.
4. *Söka information och kunskap.* Patientens förmåga att själv söka kunskap om sin sjukdom och situation och ta reda på vad som kan göras för att förbättra situationen.
5. *Lösa problem.* Förmågan att klara sig själv och god självbild är viktiga faktorer som avgör hur väl en person kan hantera långvarig eller kronisk sjukdom.
6. *Söka alternativa former för tillfredställelse.* Om sjukdomen gör så att individen inte kan fortsätta göra saker som haft stor betydelse i dennes liv kan nya intressen som är mer anpassade till den nya situationen vara positivt.
7. *Emotionell återhållsamhet.* Vissa individer visar få känslor då det drabbas av svåra händelser i livet, omgivningen kan finna detta frustrerande och kan tycka att personen förnekar händelsen. Så småningom börjar individen bearbeta händelsen del för del.
8. *Ge utlopp för känslor.* Ett annat sätt att hantera svåra situationer är att öppet visa sina känslor. Detta kan ske genom skrik och gråt men även genom att exempelvis tröstata eller använda alkohol.
9. *Acceptera situationen.* Den sista copingstrategin innebär att individen helt enkelt accepterar den nya situationen just så som den är.

Enligt Lindemans i (Rydén & Stenström, 2008) riskerar individer som utåt sett agerar behärskat och lugnt i svåra situationer att utveckla kvardröjande psykiska problem. I akuta situationer som exempelvis krig kan förnekandet vara framgångsrikt då individens förmåga att stänga av psykiskt minskar risken att individen hamnar i ett psykostillstånd.

Stöd från anhöriga resulterar i att individen får fler alternativ till hur hon ska anpassa sig till situationen. Stöd från det sociala nätverket innebär att individen kan förlita sig på att andra människor tar hand om det praktiska i vardagen. Emotionellt innebär detta att individen känner ett större stöd och en större trygghet (Rydén & Stenström, 2008). Hackett och Cassem (1976) genomförde en studie på hur socioekonomiska faktorer påverkar patienter med hjärtproblem. De kom fram till att faktorer som kön, ålder, etnicitet, socioekonomisk status, kognitiv och emotionell mognad, religion, självförtroende samt tidigare erfarenheter av livskriser påverkar hur individen hanterar en svår situation. Deras forskning visar att personer

med arbetarbakgrund exempelvis kan uppleva att det är svårare att föra ett samtal med läkare än individer med akademisk bakgrund.

Utvecklingsekologi

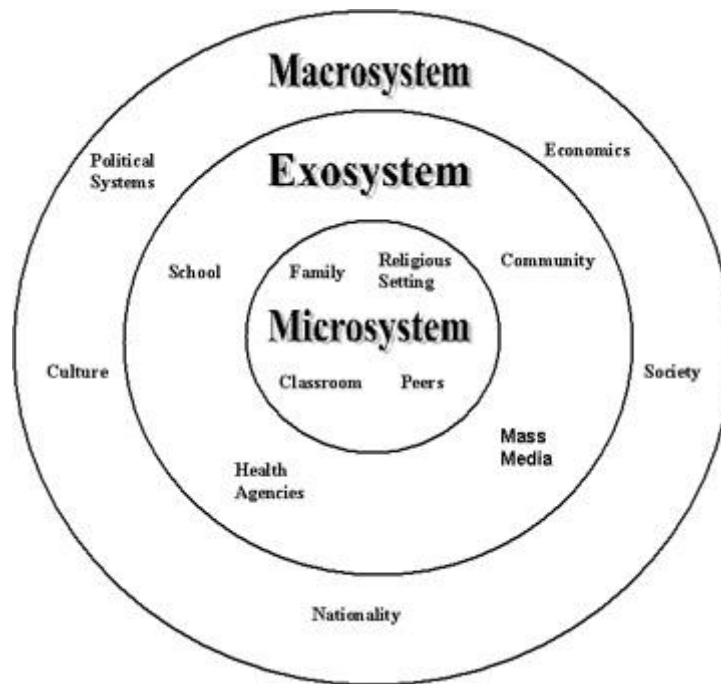
Utvecklingsekologin grundar sig på att människans utveckling sker i samspel mellan individ och miljö (Bronfenbrenner, 1979). Bronfenbrenner som anses vara grundaren av denna teori har främst fokuserat på barn i sin forskning. Han menar dock att människans under hela livet fortsätter utvecklas i sitt sammanhang och att hon ständigt formas av omgivningen (Andersson, 1986). Dagens nätverksterapi bygger till stor del på utvecklingsekologin Andersson i (Meeuwisse & Swärd, 2002).

Utvecklingen sker mellan individen och hennes omgivande miljöer. Begreppet ”miljöer” är ett abstrakt begrepp som innebär de sociala relationer som individen direkt och indirekt befinner sig i. Individen kan exempelvis befinna sig i en direkt relation med sin familj och en indirekt relation med samhället. Individens direkta sociala relationer kan hon påverka med inte de indirekta. Samhället påverkar individen och därmed påverkar de indirekta miljöerna hennes direkta miljö. Oavsett vilket samhälle eller en kultur individen befinner sig i så ingår alltid mikro-, makro-, mezzo- och exosystem. Dessa system är grunden för uppbyggnaden av alla samhällen och sociala sammanhang (Bronfenbrenner, 1979).

Enligt Bronfenbrenner i (Seikkula, 1996) består individens nätverk av många olika system som både kan samverka och fungera oberoende av varandra (Seikkula, 1996). De olika nivåerna är inte hierarkiskt ordnade utan går in i varandra och påverkar individen på olika sätt. Människan deltar i mikrosystem, omges av mezzo- och exosystem samt påverkas av makrosystem. Individens interaktion med andra individer sker i mikrosystemet (Bronfenbrenner, 1979).

Det första mikrosystemet som människan ingår i är relationen till en förälder. När barnet blir äldre skapar hon nya mikrosystem med vänner. Interaktion i mikrosystemet sker i form av dialog. Individens beteende styrs av i vilket mikrosystem hon för tillfället lever (Seikkula, 1996). Kontakterna mellan olika mikrosystem kallar Bronfenbrenner för mezzosystem. (Bronfenbrenner, 1979). Ett mezzosystem kan exempelvis vara kontakten mellan vänner och arbetskolleger. Individen behöver inte medverka personligen i mezzosystemet men hon påverkas ändå av det (Andersson, 1986). Mezzosystemen är viktiga för att individen ska kunna känna igen saker och händelser och förstå dem i sitt sammanhang. För en psykotisk person är erfarenhetsvärlden inte alltid samlad och olika erfarenheter möts därigenom inte. Detta kan leda till att individens psykiska välmående påverkas och att hon får svårt att hantera vardagliga situationer (Seikkula, 1996).

Exosystemet påverkar individen men inte i lika hög utsträckning som mikro- och mezzosystemen. Exosystemet består av alla utanförliggande system, individen påverkas av dessa system men ingår inte själv i dem. Makrosystemet innefattar samhälles faktorer så som religion, lagar och regler och politiskt styre (Seikkula, 1996). Makrosystemet kan på olika sätt påverka individen. Politiska beslut styr vårdens utformning och därmed den vård som kan erbjudas en patient, alltså påverkar makrosystemet individen mer långsiktigt än direkt (Andersson, 1986).



Figur 1. Schooworkhelper.net (2011)

Systemteori

Systemteorin skiljer sig ifrån andra teorier om mänskligt beteende i och med att den betonar samspelet mellan människor i en betydligt större utsträckning. Systemteorin utvecklades från början inom naturvetenskapen där forskare betonade samspel som centralt i förklaringen av hur till exempel mänskliga organ eller växter fungerar (Forsberg & Wallmark, 2002). Denna teori började intressera en grupp forskare som arbetade med att försöka lösa schizofrenins mysterium genom att undersöka hur människor kommunicerar. Forskarna menade att människors identiteter skapas och utvecklas i relationen till andra människor (Forsberg & Wallmark, 2002).

En avgörande skillnad mellan systemteorin och andra teorier om mänskligt beteende är alltså att fokus ligger på det mellanmänskliga. När det gäller exempelvis psykiska problem beskrivs detta synsätt i Lundsbye m.fl. (2010).

När vi väljer att behandla familjen som ett system, istället för att isolera symptombäraren (IP = identifierad patient) för att försöka bota honom eller henne, utgår vi från att grundproblemen inte så mycket finns *inom* individerna som *mellan* dem. Familjen utgör alltså en helhet där alla påverkar alla, och där relationerna är viktigare än de individuella egenskaperna (s. 81).

Ett system består alltså av en grupp människor. Det kan exempelvis handla om en familj, släkt, kamratgäng eller det samhälle en individ lever i. Det finns två kriterier som ska uppfyllas för att något ska kunna kallas ett system. Det första är att individerna inom systemet ska interagera på ett sätt som är annorlunda än den interagering som pågår utanför systemet. Det andra är att interaktionen ska ske under en viss tid (Schjodt & Egeland, 1994).

Systemteorin har hämtat mycket inspiration från *Cybernetiken* vilken är läran om självreglerande system inom biologi och mekanik. Inom den humanistiska formen av cybernetik undersöks hur kommunikation, eller *feedback*, påverkar mänskliga system (Forsberg & Wallmark, 2002). Principen om feedback liknas ofta vid en termostat. Avvikelser

tolereras endast till en viss grad inom systemet. Blir det för mycket startas en process med negativ feedback (Lundsby m.fl 2010). En viktig aspekt av systemteorin är att *helheten* anses vara större än *delarna*. Det innebär alltså att människor som ingår i ett system skapar ett system som inte bara är summan av alla individer, utan något större. Systemet existerar som något fristående samtidigt som det givetvis inte skulle fortleva utan dess delar. Delarna påverkar också varandra i systemet. Sker en förändring hos en individ som ingår i systemet påverkar det systemet, som i sin tur påverkar de andra medlemmarna. Som exempel kan vi ta en familj där en av familjemedlemmarna råkar ut för något som fundamentalt förändrar dennes liv. Detta kommer givetvis inte skapa en isolerad förändring hos endast den familjemedlemmen, utan kommer att påverka även resten av medlemmarna i familjesystemet. Familjesystemet betraktas dessutom som ett *öppet system* vilket innebär att händelser utanför familjen också kan påverka. Öppna system har alltså ett kontinuerligt utbyte med omgivningen samtidigt som det har gränser vilka avgränsar systemet från omvärlden. Utan gränserna skulle systemet inte kunna identifiera sig som ett eget system emot omvärlden (Forsberg & Wallmark 2002). Ett system är sällan helt öppet eller helt slutet. En familj kan exempelvis varken ses som ett helt öppet eller helt slutet system (Schjodt & Egeland, 1994). För att skilja system från omgivningen och andra system behövs gränser. En familj har till exempel en yttre gräns som markerar vilka som tillhör systemet och vilka som är utanför systemet. Inom familjesystemet är utbytande av information större (Schjodt & Egeland, 1994).

System är dessutom ordnade efter en hierarkisk struktur. Det samhälle eller det land vi lever i kan betraktas som system på högre nivå, medan familje- eller släktsystem kan betraktas som system på lägre nivå. Systemen på högre nivå påverkar givetvis de lägre systemen i en större utsträckning än tvärtom. En förändring i familjesystemet påverkar exempelvis den enskilde familjemedlemmen mer än vad än förändring hos denne påverkar familjesystemet. I och med detta kan vi tala om en hierarkisk struktur (Lundsby m.fl. 2010).

Systemteorin bygger på cirkulärt tänkande vilket innebär att orsak och verkan är något centralt inom systemteorin och systemisk behandlingsmetod. Detta innebär att linjära förklaringar undviks. Människan lär sig tidigt att ställa varför-frågor. Vi lär oss antaga att det finns enkla orsakssamband som förklarar hur det kommer sig att något är på ett visst sätt. Problemet är att verkligheten ofta är betydligt mer komplex än så. Att saker och ting förhåller sig på ett visst sätt kan ha en komplicerad mängd orsaker, vilket systemteorin försöker ta fasta på (Lundsby m.fl. 2010). Linjära förklaringar utesluts inte helt men är endast en del i en cirkulär process där samspelet mellan människor ständigt får individer att påverka och påverkas (Forsberg & Wallmark, 2002). *Feedback* är centralt inom detta tänkande eftersom det anses att all information är feedback på tidigare information som i sin tur är feedback på tidigare information osv. Det handlar alltså om en ständigt pågående cirkulär process (Forsberg & Wallmark, 2002).

Enligt den grundläggande systemteorin arbetade hela tiden ett system för icke-förändring, eller homeostas. Denna hypotes togs fram av en forskare som upptäckte att patienter som vårdats individuellt för psykiska problem ofta, trots tillfriskande, återinsjuknade efter att de kommit tillbaka till sina familjer och de system som de tidigare vistats i. Det finns alltså en motvilja till förändring som gör att de flesta mänskliga system strävar efter en slags jämvikt. Detta innebär att även om ett familjesystem är dysfunktionellt och orsakar lidande för medlemmarna kan det vara svårt att få till en förändring. Det händer till exempel att en familjemedlem som botas med individuell terapi istället för över symptomen på någon annan i familjen (Lundsby m.fl. 2010). Naturligtvis kan dock ett system genomgå en förändring och

systemteorin skiljer på en förändring av första graden, som innebär att systemet behåller sin homeostas, och andra graden, där systemet omvandlas eller löses upp. Teorin om homeostas har dock ifrågasatts av senare forskare som ersatt begreppet med ett annat. Nya forskare talar istället om *koherens* och menade att ett system har kvar vissa grundläggande kännetecken just genom att förändras (Forsberg & Wallmark, 2002).

Metod

Vi har valt att göra en kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade intervjuer där vi intervjuar personal på fyra psykiatriska behandlingsenheter i Sverige. Syftet är att undersöka vilken betydelse nätverket tillmäts i patientarbetet inom psykiatrin.

Metodval

Enligt Bryman (2002) har kvalitativ forskning som syfte att undersöka den sociala verkligheten. Inom den kvalitativa metoden har forskaren en subjektiv roll. Genom att använda oss av en kvalitativ metod vill vi inte bara beskriva ett fenomen utan olika kvalitéer. Vi vill ta reda på vad intervjupersonen känner och tänker kring vårt ämne. I den kvalitativa studien går forskaren in mer i detalj än vad som är fallet i den kvantitativa forskningen. Forskningen baseras på att människans uppfattning om verkligheten är subjektiv. Genom insamlandet och bearbetningen av information kan vi på så sätt få en djupare bild av vårt ämne. Den kvalitativa studien har sin vetenskapliga utgångspunkt i hermeneutiken. Enligt hermeneutiken är verkligheten något som är subjektivt upplevt och därför är forskarens roll också subjektiv. Det hermeneutiska perspektivet vill undersöka sociala sammanhang och sociala relationer (Bryman, 2002).

Vi har valt att göra en kvalitativ undersökning då vi anser det passa vårt syfte bäst. Vi vill ha en fördjupad kunskap om personalens tankar kring nätverksperspektivet och vad det har för betydelse för patientarbetet på våra studieplatser. Hade vi istället eftersträvat ett mer generaliserbart resultat över nätverksarbetets behandlingseffekt hade vi kunnat använda oss av en kvantitativ studie.

Datainsamling

Datainsamlingstekniken vi valt är semistrukturerade intervjuer med personal på psykiatriska mottagningar. I den semistrukturerade intervjun har forskaren en lista med olika teman och frågor som intervjun ska behandla. Enligt Bryman (2002) är dock intervjuobjektet fritt att utforma sina svar och associera enligt egna önskemål. Den kvalitativa forskningsintervjun är halvstrukturerad och utgår från olika teman (Kvale, 2002).

Våra val av teman utgår från de intervjufrågor vi formulerade. Att välja just semistrukturerade intervjuer valde vi för att kunna samtala fritt, ställa följdfrågor och ta upp nya intressanta frågor som kom upp under intervjuerna. Samtidigt ville vi ha noga uppsikt över att de teman vi valde alla behandlas i intervjun.

Litteratursökning och källkritik

Vi har införskaffat relevant litteratur, artiklar och avhandlingar genom att använda oss av sökorden "Psychiatry", "Mental health", "Network" och "Social network" i databaserna

Elin@Örebro, Social service abstract och sökmotorn Google samt Google Scholar. Flera artiklar hittades sedan genom att gå igenom referenslistorna till de första artiklarna vi tog fram. Vi har använt oss av forskning som har publicerats i tidskrifter för psykologi och socialt arbete. Vi sökte även efter litteratur i några av Sveriges universitetsbibliotek med hjälp av samma sökord. Det var förhållandevis svårt att få tag på nyare forskning i vårt ämne även om äldre studier fanns.

Vi är medvetna om att den tidigare forskning vi presenterat i vissa fall är gammal. Vi har kompletterat den gamla forskningen med ny forskning som har visat på liknande resultat. Detta anser vi styrker vårt antagande om att de äldre forskningarna fortfarande är relevanta. Majoriteten av forskningen som finns inom området är gjord under 1980-talet, detta är anledningen till att vi delvis använt oss av äldre forskning. Eftersom vårt studiesyfte är att studera mänskliga relationer anser vi att den forskning som gjordes en tid tillbaka fortfarande är dagsaktuell. Vi har i viss utsträckning använt oss av sekundärkällor, detta enbart i de fall då primärkällorna inte varit möjliga att få tag på. I de få fall vi använt oss av sekundära källor handlar det om avhandlingar som givetvis har granskats innan publicering. I och med detta anser vi att källorna är pålitliga även om förstahandsinformation är att föredra.

Tillvägagångssätt

Efter studier av tidigare forskning tog vi kontakt med olika psykiatriska vårdenheter i stockholmsområdet. De kuratorer som sedan hade möjlighet att träffa oss på ett relativt kort varsel bokade vi in intervjuer med. Vi genomförde våra intervjuer ute på respektive arbetsplatser. De ägde alla rum inne på kontoret hos intervjupersonerna och genomfördes på mellan 30 och 55 minuter vardera. Samtalet spelades in med hjälp av en mp3-spelare samtidigt som stödanteckningar gjordes. Efteråt transkriberades intervjuerna och väsentliga delar togs ut, tematiserades och omformulerades till en meningskoncentrering som vi sedan byggde analysen på.

Urval

Vi har valt att använda oss av ett så kallat *bekvämlighetsurval*, vilket betyder att individer valdes ut efter tillgänglighet. Urvalet baserar på vilka individer som finns tillgängliga för forskaren vid en viss tidpunkt. Urvalet gör att resultatet givetvis blir svårt att generalisera men kan ändå användas om forskaren har svårt att göra slumpmässiga urval (Bryman, 2002).

På grund av den korta tiden och det faktum att alla intervjuer av praktiska skäl behövde göras i Stockholm använde vi oss av ett bekvämlighetsurval. Vi tog kontakt med ett antal intervjuplatser som var av intresse och helt enkelt valde ut de intervjuplatser som hade tid och möjlighet att genomföra mötena på ett så kort varsel. Intervjuernas resultat kommer inte att kunna generaliseras till att täcka situationen i Sverige. Detta då antalet är för litet och urvalet har baserats på geografisk och tidsmässig bekvämlighet. De kommer dock att kunna säga något om synen på nätverksarbete inom psykiatrin.

Analysmetod

Vi har valt att använda oss av *meningskoncentrering*, vilket innebär att vi omformulerar långa meningar till en mer koncis text (Kvale, 2002). Vi har omformulerat intervjupersonens berättelse för att ta fram kärnan i intervjun på ett sätt som ska vara både lättläst och koncist.

Först läste vi igenom hela intervjun för att skapa oss en helhetsbild. Sedan togs meningensheterna som framkommit under intervjun ut. I det tredje steget delade vi in intervjun i de olika teman som förekommit i intervjun. Det är viktigt att tolka intervjupersonens uttalanden fördomsfritt och utan att blanda in personliga värderingar.

Vi genomförde intervjuerna för att sedan transkribera resultatet med hjälp av de inspelningar som gjordes. Vi gick igenom vårt material för att identifiera olika teman. Dessa teman valdes ut med hjälp av de olika intervjufrågorna vi sammanställt innan intervjutillfällena. De flesta av frågorna representerar ett eget tema, även om några har slagits ihop. Efter detta har vi analyserat resultatet med hjälp av vår analysmetod och de vetenskapsteoretiska utgångspunkter vi har valt. Vi har valt att använda oss av meningskoncentrering vilket innebär att vi går igenom våra transkriberingar för att få ut andemeningen av det intervjupersonen förmedlar i intervjun för att sedan analysera detta med hjälp av de teorier vi utgår ifrån.

Validitet och reliabilitet

Frågan om validitet och reliabilitet är inte lika aktuellt i kvalitativ som i kvantitativ forskning. Detta eftersom fokus inte ligger på mätningar utan kvalitativ förståelse. Enligt somliga kan dock begreppen appliceras på kvalitativ forskning om deras innerbörd ändras något. *Extern validitet* dvs. huruvida en undersökning kan replikeras är svår att tillgodose inom kvalitativ forskning. När det gäller exempelvis etnografiska studier är det dock viktigt att en forskare går in i en liknande social roll om han eller hon avser att upprepa en tidigare undersökning. *Intern reliabilitet* tillgodoses genom att medlemmarna i ett forskarlag är överens om hur resultatet ska tolkas. *Intern validitet* handlar om hur överensstämmelsen ser ut mellan de observationer forskaren gör och teorierna som han eller hon sedan bygger upp. Detta är ofta lätt att tillgodose i etnografiska studier eftersom forskaren vistas på undersökningsplatsen en lång tid. *Extern validitet*, hur resultatet kan generaliseras till andra platser och miljöer är ofta låg i kvalitativa undersökningar (Bryman, 2002).

Vår undersökning behandlar intervjuer med professionella inom psykiatri. Det är sannolikt att intervjuerna, om de gjordes om, skulle ge liknande resultat eftersom det handlar om relativt statiska frågor. Den externa reliabiliteten är således förhållandevis god. Den interna reliabiliteten är även den god eftersom både intervjuer och analys görs av oss båda tillsammans. Den interna validiteten kan dock komma att bli låg eftersom det inte handlar om att undersöka en social verklighet under en längre tid utan endast om korta intervjuer.

Utöver validitet och reliabilitet finns alternativa kriterier som kan användas för att bedöma kvalitativa studier. Det första begreppet är *tillförlitlighet* och innebär att forskarens resultat kan accepteras av andra individer och framför allt respondenterna i undersökningen. Tillförlitligheten kan förbättras genom att respondenterna får ta del av forskarens resultat och validera att dessa är korrekta. Ett annat sätt att förbättra tillförlitligheten är genom så kallad *triangulering* vilket innebär att forskaren använder mer än en metod eller datakälla i sin undersökning. Överförbarheten måste analyseras i varje enskilt fall och forskarens uppgift är att ge så pass "fylliga" redogörelser att andra forskare kan avgöra huruvida resultatet kan överföras på en annan miljö. Pålitligheten säkerställs genom att forskaren noga redogör för varje steg i forskningsprocessen så att andra kan granska resultaten och avgöra deras kvalitet. Det är även viktigt att vara medveten om att forskaren inte kan vara fullständigt objektiv men trots detta tydligt visar att han eller hon i alla fall inte medvetet låtit sig påverkas av egna värderingar och åsikter. Slutligen talas det om *äktheten* i kvalitativa studier. Äktheten går i korthet ut på att forskaren ska ge en rättvis bild av intervjuobjektens åsikter, hjälpa dem att

förstå sin verklighet, hjälpa dem att förstå varandra samt hjälpa dem att kunna förändra sin situation (Bryman, 2002).

Vår undersökning genomförs och skrivs på relativt kort tid och det finns därför tyvärr inte möjlighet till att låta våra respondenter ta del av och bekräfta materialet innan resultatet presenteras, vilken kunde ha varit önskvärt. Vi har heller inte möjlighet att tillämpa triangulering. Övriga kriterier kan vi dock vara noggranna med för att förbättra undersökningens relevans.

Etiska överväganden

I all forskning är det naturligtvis viktigt att ta hänsyn till etiska aspekter och i möjligaste mån se till att forskningen inte på något sätt skadar eller orsakar men för de medverkande. För att få en djupare förståelse för hur vi i vår studie skulle ta hänsyn till detta vände vi oss till vetenskapsrådets publiceringar om forskningsetik.

Vetenskapsrådet (2002) nämner fyra huvudkrav som all humanistisk forskning bör förhålla sig till. Det första är kravet på *information*, att alla deltagare i forskningsprojektet ska informeras om forskningens syfte och villkoren för deras deltagande. De ska även informeras om sin möjlighet att när som helst avbryta deltagandet. Redan per telefon när vi bokade våra intervjuer informerade vi om syftet med vår studie och förutsättningarna för deras medverkan. Innan de genomfördes informerade vi dessutom om att vi hade för avsikt att spela in intervjuerna, vilket alla intervjupersoner gav sitt samtycke till. *Samtycket* är också Vetenskapsrådets (2002) andra etiska grundkrav. Alla intervjupersoner ska ge sitt samtycke till att medverka i undersökningen. I vår studie fick alla deltagarna ge sitt muntliga samtycke till att medverka i telefon då intervjuerna bokades. När vi sedan träffade dem ute på respektive arbetsplats gav vi en mer detaljerad information om studiens syfte och förutsättningarna för deras medverkan.

Vetenskapsrådets (2002) tredje etiska grundkrav är att största möjliga konfidentialitet ska tillförsäkras de medverkande. Deras personuppgifter ska skyddas och förvaras på ett sätt så obehöriga inte kan få tillgång till dem, och deras namn och andra personuppgifter ska skyddas från utomstående. I vår forskning har vi valt att använda fingerade namn på alla intervjupersoner. Vi har även varit noga med att inte avslöja för mycket om de arbetsplatser de arbetar på, exempelvis har vi inte lämnat ut uppgifter om var i Stockholm de olika vårdenheter finns. Detta för att så nogsamt som möjligt försäkra oss om att intervjupersonerna inte ska kunna spåras av obehöriga.

Vetenskapsrådets (2002) fjärde etiska riktlinje är det så kallade *nyttjandekravet*. Detta krav innebär att den information som tas fram i studien endast ska användas i forskningssyfte och inte användas för andra ändamål. Det material vi har tagit fram avser vi givetvis endast använda för att besvara vårt syfte och våra frågeställningar. Materialet kommer att förvaras så att inga utomstående kan ta del av det för andra syften.

Utöver de grundläggande forskningsetiska kraven kommer Vetenskapsrådet (2002) med två rekommendationer vad det gäller forskningsetik. Det första är att deltagare ska få ta del av känsliga avsnitt och kontroversiella tolkningar innan studien publiceras. På grund av tidsbrist har vi tyvärr inte möjlighet att skicka ut den färdiga studien till våra intervjupersoner innan publicering. Detta är en brist som vi är medvetna om. Vi har däremot erbjudit våra deltagare

att få ta del av resultatet när uppsatsen är färdigställd och inlämnad, vilket är i enlighet med Vetenskapsrådets (2002) andra rekommendation.

Resultatredovisning

Presentation av verksamheter

Studiens första intervju ägde rum på en privat öppenvårdspsykiatrisk mottagning. Mottagningen ligger i en välbärgad förort till Stockholm där vår intervjuperson, som vi har valt att kalla Karin, arbetar som KBT-terapeut och kurator. Inom verksamheten arbetar ett 40-tal anställda inom olika professioner såsom ST-läkare, psykiater, psykologer, socionomer och mentalskötare. På mottagningen hålls kurativa samt terapeutiska samtal och det görs även utredningar om neuropsykiatriska störningar.

Studiens andra intervju genomfördes på en sluten avdelning för patienter som insjuknat i psykos. Inom denna verksamhet arbetade vår intervjuperson Monica som kurator med ansvar för fyra slutna avdelningar med cirka 14 patienter på varje avdelning. En av avdelningarna är specialiserad på att ta hand om nyinsjuknade patienter, som ofta är unga. Upptagningsområdena för dessa avdelningar utgörs mestadels av invandrartäta och socioekonomiskt utsatta områden med många barnfamiljer. Arbetet sker i tvärvetenskapliga team där läkare och övrig vårdpersonal snabbt måste bilda sig en uppfattning om vad vården ska innehålla. Mycket handlar då om att stabilisera patientens mående samtidigt som vårdplaneringen måste börja så snart som möjligt.

Den tredje intervjun genomfördes på en sluten psykiatrisk avdelning i Stockholm. Vår intervjuperson, som vi valt att kalla Eva, arbetar på två avdelningar för patienter med psykos, varav den ena är en intensivvårdsavdelning. Båda avdelningarna tillhör slutenvården och många av patienterna lider av psykos och schizofreni. De flesta patienter är inlagda enligt LPT men det finns även några som är inlagda enligt HSL. Eva arbetar med patientens sociala situation vilket innefattar bland annat ekonomi, familj och daglig sysselsättning. Hon har mycket kontakt med kommunen samt försäkringskassan och arbetsförmedlingen.

Slutligen genomfördes en fjärde intervju där vi besökte en allmänpsykiatrisk mottagning i centrala Stockholm. Intervjupersonerna som vi valt att kalla Lena och Anna arbetar båda som kuratorer och är dessutom båda legitimerade psykoterapeuter. Mottagningen tar emot ett stort antal patienter med olika psykiatriska problem. De vanligaste problemen är ångest och depression. Andra vanliga frågeställningar hos patienter som söker sig till mottagningen är olika typer av allvarliga kriser, posttraumatisk stress och trauman. Mottagningen gör också många neuropsykiatriska utredningar för ADHD och liknande diagnoser.

Patienternas nätverk

Karin menar att patienter på mottagningen inte har lika trasiga nätverk som patienter hon träffat på sina tidigare arbetsplatser som har haft mer utsatta och invandrartäta upptagningsområden. Det finns patienter som kommer till mottagningen som har gjort sig osams med många anhöriga. Patienter med diagnoser som exempelvis borderline, antisociala personlighetsstörningar, psykopater och narcissister har svårt att behålla relationer vilket kan påverka hur nätverket ser ut.

Monica berättar att det kan finnas utmärkande drag hos patienter som insjuknar i psykos. Hon menar att det finns två olika typer av nätverk hos dessa personer. Ofta handlar det om ensamma personer som har funnits i någon form av socialt sammanhang men som trots detta varit väldigt ensamma. Eller så har personer i patientens omgivning engagerat sig och krävt för mycket av patienten. De har krävt för mycket av en person som redan är svag och personen insjuknar därför delvis som ett resultat av nätverkets påverkan.

Upptagningsområdet för denna psykiatriska klinik är mångkulturellt med en stor grupp invandrare och flyktingar. Många har en delvis annorlunda syn på psykisk sjukdom och medicinering.

Eva anser att nätverken skiljer sig beroende på diagnos. På en allmänpsykiatrisk mottagning är de vanligaste diagnoserna depression och borderline. Dessa patienter har ett större socialt nätverk och barntätheten är högre än på en psykosavdelning. Patienter med psykotiska sjukdomar blir väldigt sjuka i perioder och det blir därför svårare att behålla ett socialt nätverk.

Lena och Anna menar att personer som exempelvis lider av depression tenderar att dra sig undan från sociala kontakter. Detta kan påverka nätverket på sikt. Samtidigt tar mottagningen emot personer från Stockholms innerstad som oftast lever i ett socialt sammanhang med jobb. En av våra intervjupersoner berättar att hon för en tid sedan deltog i ett forskningsprojekt där patienters nätverk undersöktes efter insjuknande i psykisk sjukdom. Deras hypotes var att psykisk sjukdom tog så pass mycket energi från patienten att nätverket borde påverkas, men studien kunde inte bevisa detta.

Synen på familj och nätverk

Karin träffar patientens anhöriga om patienten själv önskar det. Ibland kan dessa samtal vara av informativt syfte gällande patientens diagnos för att skapa större förståelse hos de anhöriga. Hon tar aldrig kontakt med anhöriga om det inte är patientens önskan då hon måste följa sekretessen. Karin menar att nätverkets betydelse för patientens välmående är allmänt vedertaget. Arbetet med nätverket kan ske även om de anhöriga inte är i rummet genom att tala om anhöriga eller öva genom rollspel. Arbetet kan i vissa fall försvåras genom sekretessen då en anhörig till en patient ringer, är orolig och vill diskutera patientens situation. Men vill patienten inte att en anhörig ska få ta del av dennes hälsotillstånd så är det inte möjligt enligt sekretessen.

Synen på nätverkets roll hade en större betydelse på vår andra intervjuplats där Monica menar att nätverksarbetet utgör hennes främsta arbetsuppgift. I dagsläget handlar det dock mestadels om professionella nätverk och vårdplanering. Synen på kuratorsarbetet har förändrats en hel del inom verksamheten. Innan den privatiserades hade man som kurator mer kontakt med patienterna och hade både ekonomiska samtal samt stödsamtal. I och med att kuratorsarbetet har begränsats handlar det dock i dagsläget mestadels om vårdplanering. I vårdplaneringarna brukar det professionella nätverket sammanställas, inklusive socialtjänst. Till dessa vårdplaneringar bjuds ofta närstående och familjemedlemmar in. Anhörigstöd ses över lag som något mycket positivt när det kommer till just vårdplaneringar. Vårdtiderna inom den slutna psykiatrin är korta och patienten måste slussas ut till öppenvården relativt snabbt. Vårdas patienterna med tvång (LPT) är det dessutom vanligt att de får permission mot slutet av vårdtiden. När en patient skrivs ut måste det finnas ett nätverk som tar emot honom eller

henne. Detta gäller framför allt om det handlar om en ung vuxen. I psykosvårdens riktlinjer står det klart och tydligt om vikten av samhällsarbete vilket gör att vår intervjuperson tror att de inom denna gren av psykiatrin jobbar mer aktivt med det än andra.

Monica menar att nätverksinsatserna har en avgörande betydelse för behandlingsresultatet hos patienten. Ingen människa klarar sig själv och på samma sätt som hon är beroende av sitt team för att genomföra arbetet, är patienten beroende av sitt nätverk.

Eva som arbetade på den vårdavdelning där vår tredje intervju ägde rum anser att det hon främst gör för att arbeta med patientens sociala nätverk är att ha anhörigsamtal. Vissa medlemmar ur vårdpersonalen har en utbildning som heter PPI (Psykopedagogiska interventioner). Målet med PPI är att involvera patientens nätverk för att patienten ska må så bra som möjligt. Genom att ge patientens anhöriga kunskap om hur symtomen ser ut samt tidiga tecken på insjuknande i en psykos. PPI används för att stärka patientens nätverk. Inom verksamheten använder de sig även av expressed emotions, en metod som används för att mäta familjens engagemang. Ofta är närstående till en psykiskt sjuk människa för engagerade och personalen får be de anhöriga att ta ett steg bakåt.

Eva arbetar med det professionella nätverket genom att ha god kontakt med kommunen. Där är det främst patientens handläggare som Eva har kontakt med. Det finns ett nära samarbete med öppenvården i de sju kommuner som utgör upptagningsområdet. När patienterna är inlagda är det psykotiska och så fort de börjar tillfriskna så skrivs de ut och blir öppenvårdens ansvar. I och med att patienterna är psykotiska de är inlagda så är det svårt att föra samtal som inriktar sig på nätverket. I öppenvården är arbetet mer långsiktigt och det finns därför en större möjlighet till att arbeta med nätverket.

På den öppensykiatriska mottagningen i centrala Stockholm står det, enligt Lena och Anna, att patienten gärna får ta med sig en närstående redan i kallelsen. I övrigt är det mycket upp till olika medarbetare huruvida närstående till patienter bjuds in i patientarbetet. Det kan vara stor skillnad mellan olika läkare och psykologer huruvida närstående bjuds in. Våra intervjupersoner menar att det sannolikt är kuratorerna inom verksamheten som i största utsträckning väljer att ta med närstående i behandlingen. Ofta händer det att patienter tar med familjemedlemmar till samtalen med det händer också att pojk- eller flickvänner och vänner följer med. Det är dock sällan som mottagningen har regelrätta nätverksmöten men det förekommer.

Ofta kan en patients problematik vara mångbottnad med till exempel både missbruk och psykisk sjukdom. I dessa situationer har det hänt att man från mottagningens sida har kallat till nätverksmöte och bjudit in olika aktörer som exempelvis Barn- och ungdomspsykiatrin eller Beroendecentrum. Det förekommer dessutom att man tillsammans med patienten har möten med Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen. De nätverksmöten som äger rum på mottagningen behandlar alltså först och främst myndighetsnätverk. Eftersom det rör sig om en psykiatrisk mottagning är det alltid en person som är patient. Sedan kan man som behandlare eventuellt bjuda in dennes nätverk men arbetet utgår alltid från patienten. Hela psykiatrin är baserad på en individfokus eftersom det rör sig om en medicinsk vetenskap. Lena och Anna menar att hela vuxenpsykiatrin över lag är mycket individfokuserad men att det hos vissa individer kan finnas ett naturligt nätverkstänkande. De menar dessutom att det under de senaste 15 åren har blivit mer vanligt med nätverksarbete inom psykiatrin. Anledningen till detta kan de inte riktigt redogöra för men förmodligen har många läkare faktiskt sett att det fungerat och därför också efterfrågat nätverksinsatser för sina patienter.

På mottagningen finns det medarbetare vilka använder sig av något som kallas *Beardslees familjeintervention* vilket är en manualbaserad korttidsintervention med patientens familj. Denna intervention ska uppmärksamma barn till psykiskt sjuka och förebygga psykisk sjukdom hos dem. Forskning har visat att barn till föräldrar som lidit av psykisk sjukdom i högre grad än andra själva insjuknar, vilket kan ha delvis psykosociala orsaker. Våra intervjupersoner menar att det nästan alltid är ett stort steg för en individ att faktiskt berätta för sina närstående att man går till psykiatrin. Det kan ta tid och vid ett möte frågas patienten oftast vilka som vet om att man besöker psykiatrin. Det finns fortfarande mycket skamkänslor kring personer som är psykiskt sjuka och ibland kan det vara lättare att involvera en vän jämfört med en familjemedlem.

Situationer där nätverket bör eller inte bör involveras

Att nätverket inte bör och kan involveras när patientens samtycke inte finns var alla våra intervjupersoner överens om. Hur man som behandlare ska gå vidare i ett sådant fall, samt i vilka andra situationer det var olämpligt att involvera familj och nätverk, framgår i texten nedan.

Karin menar att om patienten har en problematisk relation i nätverket men inte vill involvera de anhöriga så går det att lösa genom att prata om situationen. I arbetet med de yngre patienterna mellan 18-25 år så ligger stort fokus på nätverket. Patienter med vissa diagnoser exempelvis tvångssyndrom (OCD) söker ofta bekräftelse hos anhöriga i dessa fall är det bra att träffa patienten anhöriga för att informera om att de inte ska bekräfta patienten. Arbetet med det professionella nätverket så som Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan är det främst läkarna som sköter. Detta eftersom det är de som har hand om sjukskrivningar.

Monica som arbetar inom den slutna psykosvården menar att om patienten tackar nej till att kontakta nätverket hindrar sekretessen också vårdpersonalen från att göra detta. Ofta handlar det dock om att vänta in patienten tills denne är redo för att ta kontakt. Vår intervjuperson menar att hon aldrig varit med om att det i slutändan inte går att samarbeta alls med nätverket. Patientens nätverk är inte alltid välfungerande och vår intervjuperson menar att det måste ha gått illa någonstans i historien om en individ har blivit psykiskt sjuk. Samtidigt är ett dysfunktionellt nätverk det enda nätverk patienten har och istället för att skapa ett nytt kan det vara mer produktivt att arbeta med det gamla. Alla människor måste ha ett nätverk och har patienten inget eget socialt nätverk får man skapa ett professionellt som ser till att patienten får sina basala behov tillgodosedda även efter att ha skrivits ut.

Eva som även hon jobbar på en sluten psykosavdelning menar att om patienten själv vill involvera sitt nätverk så görs detta. Arbetet med patientens nätverk utgår enbart från de befintliga relationerna. Eva tar upp flera exempel på när det är olämpligt att arbeta med nätverket. Många av Evas patienter har ingen sjukdomsinsikt och de kan ha sagt upp kontakten med anhöriga för att de försöker få patienten att söka vård. För anhöriga till personer med psykisk sjukdom kan det vara väldigt tårande, i dessa fall är det inte lämpligt att involvera nätverket. När patienten motsätter sig kontakt med anhöriga får Eva enligt sekretessbestämmelserna inte involvera anhöriga. När en patient är psykotisk går det inte att ha den typen av samtal och involvera anhöriga menar Eva.

Lena och Anna berättar att för att patientens barn ska kunna involveras måste patienten vara förhållandevis stabil men när det gäller exempelvis en partner finns det inga sådana begränsningar. Vid ett suicidförsök är det exempelvis mycket bra om nätverket faktiskt kan

träffas. I övrigt kan begränsningar vara lämpliga när det exempelvis handlar om misshandel eller andra typer av övergrepp. Det är i dessa situationer inte lämpligt att sammankalla hela nätverket inklusive förövaren men detta hindrar inte mottagningen från att arbeta med delar av nätverket.

Faktorer som kan påverka nätverket

De patienter som Karin möter är högutbildade och har det gott ekonomiskt ställt vilket hon menar påverkar nätverkets utformning.

Monica pekar på det faktum att en ung patient har ofta insjuknat nyligen och nätverksarbetet behövs i mycket stor omfattning i dessa fall. Familjen är det naturliga nätverket då patienten ofta fortfarande bor hemma. Även om familjen inte är välfungerande är det oftast dit patienten skrivs ut vilket innebär att man som professionell måste arbeta med nätverket. Kön har däremot ingen större betydelse enligt vår intervjuperson.

Eva menar att nätverket hos en psykisk sjuk person kan tunnas ut med åren. Psykiskt sjuka personer klarar inte alltid av att skaffa en egen familj och därför utgör ofta föräldrarna en viktig del av nätverket. När det gäller psykos patienter kan nätverket mellan män och kvinnor skilja sig, detta främst på grund av att män och kvinnor insjuknar i denna typ av sjukdomar i olika ålder. Männen insjuknar redan i 20-årsåldern vilket innebär att de sällan har hunnit skaffa familj. I början av sjukdomen engagerar sig patientens familj och även vänner. Om patienten blir kronisk sjuk och drar sig undan så börjar vännerna försvinna och nätverket tunnas ut. Kvinnor insjuknar i psykotiska sjukdomar lite senare vid 30-årsåldern och då har många hunnit skaffa barn vilket utgör en skillnad för nätverket då familjen och barnen finns kvar även på lång sikt.

Lena och Anna berättar att när det gäller unga patienter är det mer naturligt att involvera nätverket då många unga vuxna fortfarande bor hemma. Samtidigt är det många unga människor som befinner sig i en frigörelseprocess och vill markera att det är de själva som har en kontakt inom psykiatrin. Det förekommer dessutom att en förälder ringer och vill initiera en kontakt för sitt barns räkning. I dessa situationer blir det ganska naturligt att föräldern fortsatt blir involverad.

Rent spontant svarar våra intervjupersoner nej på frågan om kön är något som påverkar. Det är dock lite vanligare med en manlig patient när det gäller nätverksinterventioner. Kanske är det mer naturligt för en kvinna att finnas som ett stöd för sin man.

Övrig vårdpersonals syn på nätverksarbete

Monica berättar att personalen har en blandad syn på nätverksinsatsernas betydelse för patientarbetet. Överlag är det mestadels hon som kurator som lägger stor vikt vid nätverket men hon tror och hoppas att det kommer att sprida sig.

Eva anser att vårdpersonalens syn på nätverksinsatser är individuellt. Vissa läkare använder sig exempelvis av PPI-modellen medan andra nöjer sig med att informera om sjukdomen och de insatser som erbjuds. Nätverksinsatser anses av läkare och övrig vårdpersonal vara som mest nödvändiga för patienter som nyligen insjuknat.

På öppenvårdsmottagningen i centrala Stockholm arbetar cirka 50 personer som, enligt våra intervjupersoner förmodligen kommer att ge 50 olika svar på hur de ser på nätverksarbete. Många kanske tycker att det inte bör ligga på psykiatrins bord att arbeta med patienters nätverk. Det är som sagt en mycket individfokuserad verksamhet. Samtidigt är det många som arbetar med psykoterapi och all psykoterapi handlar i stor utsträckning om relationer, menar Lena och Anna.

Analys

Inledning

Analysen är strukturerad utifrån andra teman än resultatdelen. Detta eftersom det, när forskningen kommer med i bilden, framkommer ytterligare teman som motiverar detta.

Synen på nätverksarbete

Nätverksinsatserna har en avgörande betydelse för behandlingsresultatet hos patienten menar Monica som arbetar inom psykosvården. Ingen människa klarar sig själv och hon är alltid beroende av sitt nätverk. Vi kan urskilja att alla våra intervjupersoner använder sig av nätverk på ett eller annat sätt. Omfattningen skiljer sig dock från person till person. Även om prioriteringen av nätverksarbetet ser olika ut hos olika intervjupersoner så har alla tankar och åsikter om hur nätverket påverkar patienten och tvärtom. Det är främst den systemteoretiska tanken att delar påverkar varandra i ett familjesystem som finns i medvetandet hos de personer vi intervjuar. Enligt systemteorin fungerar lika system hierarkiskt och det är till exempel vanligare att ett familjesystem påverkar medlemmarna än tvärtom. Trots detta fokuserar alla de verksamheter där vi genomfört intervjuer på individen. Sjukdomen betraktas sällan som ett uttryck för ett "sjukt" system där en individ blir symptombärare.

Medvetenheten om att närstående bör vara en del i tillfriskandet finns dock hos alla våra intervjupersoner. Patienten har insjuknat medan han eller hon var en del i ett nätverk och om patienten ska ha en möjlighet att tillfriskna måste kanske även förändringar ske i patientens närmiljö. Utvecklingsekologin menar att människans utveckling alltid sker i samspel med omgivningen. Individ och miljö interagerar med varandra och individen anpassar sig efter miljön samtidigt som miljön anpassar sig efter individen (Bronfenbrenner, 1979). Här blir närståendes betydelse för tillfrisknande av stor betydelse.

Eva som arbetar på den andra avdelningen inom den slutna psykosvården berättar att när patienterna är inlagda är de psykotiska och så fort de börjar tillfriskna så skrivs de ut och blir öppenvårdens ansvar. I och med att patienterna är psykotiska när de är inlagda så är det svårt att föra samtal som inriktar sig på nätverket. I öppenvården är arbetet mer långsiktigt och det finns därför en större möjlighet till att arbeta med nätverket. Det kan alltså vara problematiskt att bedriva nätverkssamtal när patienten är som sjukast. En studie vi tittat närmare på visar dock att det oavsett diagnos är viktigt att involvera nätverket för att minska patientens lidande. (Tropor, 2004).

I intervjun med Monica som arbetar inom psykosvården framkommer det att hon gärna involverar familj och närstående även om nätverket kanske inte är välfungerande. Hon menar att ett dysfunktionellt nätverk kan vara det enda nätverk patienten har, och istället för att skapa ett nytt kan det vara mer produktivt att arbeta med det gamla. Systemteoretiskt finns två

aspekter av detta. Psykisk sjukdom hos en person i ett familjenätverk kan ses som symptom på ett problem som egentligen är mellanmänskligt (Lundsby m fl. 2010). Ur denna synvinkel är det av mycket stor vikt att behandling sker även i nätverket eftersom individuell behandling av en person endast löser problemen för stunden. I framtiden kanske en annan familjemedlem blir symptombärare. Synsättet kan dock betraktas som problematiskt om nätverket har upplösts. Frågan kan ställas vad det innebär att sammanfoga ett nätverk där medlemmarna inte längre har någon kontakt med varandra och där nätverket var dysfunktionellt. Detta skulle kunna innebära att en person återinsjuknar efter att ha förts in i det gamla system som från början av orsaken till insjuknandet. Enligt systemteorin kan ett nätverk till och med bidra till att skapa psykisk sjukdom. Detta upptäcktes då psykiskt sjuka patienter som tillfrisknat med individuell vård ofta återinsjuknade när det återfördes till sitt gamla nätverk. Detta skulle alltså tyda på att det finns skadliga nätverk som patienten bör hålla sig borta från för att inte återinsjukna (Forsberg & Wallmark, 2002).

Lena och Anna som båda arbetar som kuratorer inom öppenvården pekar på det faktum att nätverksarbetet nästan alltid sker i periferin när det gäller psykiatrin. Verksamheterna är generellt sätt mycket individfokuserade och det alltid är en person som är patient. Övriga medlemmar av nätverket kan involveras men arbetet kommer alltid att kretsa kring en person. Nätverkstänkandet finns naturligt hos vissa mottagningar men kan saknas hos andra. Många kanske dessutom inte tycker att det bör ligga på psykiatrins bord att arbeta med patienters nätverk. Samtidigt är det många som arbetar med psykoterapi och all psykoterapi handlar i stor utsträckning om relationer. Ur en systemteoretisk synvinkel ska psykisk sjukdom inte bara tolkas som något inom en individ, utan som något vilket existerar i relationen till omgivningen (Forsberg & Wallmark, 2002). Detta samtidigt som, om vi ska tro våra intervjupersoner, individfokus fortsätter att vara starkt inom psykiatrin. Trots en stark individfokus finns flera exempel på att patienters familj, nätverk och kanske framför allt deras barn fångas upp i arbetet. Två av de platser vi genomförde intervjuer på använder sig av specifika arbetsmetoder för att fånga upp familj och nätverk. På en av öppenvårdsmottagningarna användes en manualbaserad intervention som kallas *Beardslees familjeintervention*. Detta för att fånga upp eventuella barn till patienter och främja psykisk hälsa hos dem. På en av de slutna avdelningarna vi besökte användes PPI för att arbeta med nätverket.

Nätverket i forskningen

Sjöblom (2010) visar att patienter oftast ställer sig positiva till att involvera familj och nätverk. Orhagen (1992) har dessutom visat att patientens lidande minskar ju mer familj och nätverk involveras. Det sociala nätverket har dessutom visat sig fungera som en skyddsfaktor mot psykisk ohälsa (Moak & Agrawal, 2009). Detta skulle kunna innebära i att föräldrar för vidare psykisk ohälsa till sina barn, vilket resulterar i en ond cirkel. Föräldrar som lider av psykisk ohälsa kan ha svårare att erbjuda sina barn samma sociala stöd som friska föräldrar kan, vilket i sin tur kan leda till att barnen löper större risk för att insjukna i psykisk sjukdom. Enligt Marsella & Snyder (1981) löper människor med ett dysfunktionellt nätverk också större risk att utveckla psykisk sjukdom.

Enligt utvecklingsekologin påverkar exosystemet individen men inte i lika hög utsträckning som mikro- och mezzosystemen. Exosystemet består av alla utanförliggande system, individen påverkas av dessa system men ingår inte själv i dem (Andersson, 1986). Det professionella nätverket kan generellt betraktas som ett exosystem där patienten inte direkt ingår och där kommunikation ibland sker ”över huvudet” på denne. Vård ska alltid utformas i

samråd med patienten i den utsträckning det är möjligt men kommunikation sker också mellan de professionella och påverkar patienten. Om patienten inte har något socialt nätverk kan det professionella nätverket även fungera som ett mikrosystem för patienten där dennes närmaste kontakter finns.

Utmärkande drag hos nätverken

Monica som arbetar på en av de slutna psykosavdelningarna vi besökt menar att det finns utmärkande drag hos patienter med som insjuknar i psykos och deras nätverk. Patienterna kan vara antingen ha varit ensamma eller så har personer i patientens omgivning engagerat sig och krävt för mycket av denne. Kraven på patienten har blivit för höga för att hon ska kunna hantera dem. Copingteorin behandlar hur en individ hanterar påfrestningar av olika slag. Personer som känner sig hjälplösa i en situation i större utsträckning av emotionell coping. Emotionella strategier kan till viss del hindra individen från sammanbrott men kan samtidigt bidra till att hon inte tar tag i sin situation. Stöd från anhöriga resulterar i att individen får fler alternativ i hur hon ska anpassa sig till situationen och fungerar som en buffert för att personen inte ska använda sig av en negativ copingstrategi. Stöd från det sociala nätverket innebär att individen kan förlita sig på att andra människor tar hand om det praktiska i vardagen. Emotionellt innebär detta att individen känner ett större stöd och en större trygghet (Rydén & Stenström, 2008). Personer som utsätts för hög psykisk stress samtidigt som de saknar ett fungerande nätverk skulle enligt vår tolkning eventuellt kunna vara mer benägna att ta till en copingstrategi som inte hjälper dem att hantera sin situation utan snarare förvärrar situationen. Även om det är svårt att hävda att en individ ”väljer” att bli psykiskt sjuk genom att ta till en mindre funktionell copingstrategi, kan det betraktas som en del i en process som har del i insjuknandet.

Eva som arbetar på den andra psykosavdelningen vi har besökt anser att nätverket skiljer sig mellan patienter med olika diagnoser. Patienter på allmänpsykiatriska mottagningar där de vanligaste diagnoserna depression och borderline har ett större socialt nätverk än patienter på psykosmottagningar. Patienter med psykotiska sjukdomar blir väldigt sjuka i perioder det är därför svårare att behålla ett socialt nätverk. Moak & Agrawals (2009) forskning visar att psykisk ohälsa kan påverka det sociala nätverket genom att personen drar sig tillbaka och att relationen kan skadas av det påfrestningar som psykisk hälsa innebär. Nätverket påverkar alltså sjukdomen samtidigt som sjukdomen påverkar nätverket, psykisk ohälsa skulle alltså kunna ses som en riskfaktor för ett försämrat nätverk (Moak & Agrawal, 2009). Forskningen visar alltså att psykiskt sjuka personer har utmärkande drag vad det gäller deras nätverk. Även Seikkula (1996) menar att personer som lider av psykisk ohälsa generellt sett har ett glesare nätverk än psykiskt friska personer. Ju längre tid patienten är sjuk ju mer försvagas det sociala nätverket och därmed försämras förutsättningarna för ett tillfrisknande. Lena och Anna menar att personer som exempelvis lider av depression tenderar att dra sig undan från sociala kontakter. Detta kan påverka nätverket på sikt. Eva menar att psykiskt sjuka personer inte alltid klarar av att skaffa en egen familj, vilket kan vara en bidragande faktor till att nätverket hos psykiskt sjuka personer generellt sätt är glest.

Kön och nätverk

Lena och Anna upplever att det i viss mån är vanligare med en manlig patient när det gäller nätverksinterventioner. Anledningen till detta tror de skulle kunna vara att det mer naturligt för en kvinna att finnas som ett stöd för sin man. Enligt Gerstel m.fl. (1985) har kvinnor ofta ett bredare socialt nätverk än män. Mycket av kvinnors emotionella stöd får de av nära

väninnor detta gäller även när de lever i en relation eller äktenskap. Detta skulle kunna vara en av anledningarna till att män i större utsträckning än kvinnor kan vara i behov av nätverksinsatser, vilket Lena och Anna föreslog.

Slutdiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka vilken betydelse nätverket tillmäts i patientarbetet inom psykiatrin.

Vår första frågeställning var i vilken utsträckning personalen använder sig av patienternas nätverk. Alla våra intervjupersoner har ett visst mått av nätverkstänkande i sitt arbete. I vilken utsträckning de tillämpar direkta nätverksinsatser varierar mellan de olika platserna vi besökte. Över lag kan vi dock konstatera att nätverksinsatser förekommer på alla våra intervjuplatser men i olika utsträckning. Det mesta av patientarbetet har fokus på individen. Att fokus i stor utsträckning ligger på patienten kan ha många olika anledningar. Flera av de vårdenheter vi besökte hade använde sig i stor utsträckning av KBT i behandlingen, vilket är en individuell terapimetod. Det bör även beaktas att psykiatri är en medicinsk vetenskap och inom medicinen ligger alltid fokus på individen. Även om vi intervjuade socionomer vilka kanske är mer skolade i sociala och mellanmänskliga problem i jämförelse med exempelvis psykologer. Vi har inte lyckats hitta någon forskning som diskuterar det individfokus som psykiatrin har, utan detta är istället en slutsats vi dragit från våra intervjuer. Kanske skulle detta vara ett lämpligt ämne för fortsatta studier.

Vår andra frågeställning berörde tankarna bakom att använda sig av dessa insatser eller inte. Karin menar att nätverkets betydelse för patientens välmående är allmänt vedertaget. Trots det menar hon att hon inte sysslar särskilt mycket med nätverksarbete då hon inte ser det som nödvändigt. Istället berättar hon att det är KBT som efterfrågas och behövs. Vi möter liknande åsikter även på andra intervjuplatser. Det kanske är en allmän åsikt att det inte riktigt är psykiatris uppgift att bedriva nätverksarbete. I denna studie har vi dock kunnat konstatera att nätverket spelar en stor roll när det gäller patientens tillfrisknande, vilket framgår i flera av de studier vi presenterat. Vi tror i stor utsträckning på betydelsen av en mångfald av kunnande och utbildningsbakgrund när det gäller behandling av patienter inom psykiatrin och vikten av att ha en personal med olika teoretiska perspektiv och utbildningsbakgrund.

På en av psykosavdelningarna vi besökte menar intervjupersonen Eva att det kan vara svårt att använda nätverksarbete med psykospatienter då de ofta är väldigt sjuka när de läggs in, därför anser hon att nätverksarbete är något som främst är ämnat för öppenvården. På den andra psykosavdelningen vi besökte menar intervjupersonen Monica att det är viktigt att involvera nätverket så snart som möjligt. Hon nämner även att psykosvården har riktlinjer där det ingår att se till patientens omgivning och nätverk. Tropor (2004) har också pekat på att det, oavsett diagnos, är viktigt att involvera nätverket. Monica berättar till exempel att behandlingstiderna inom den slutna psykiatrin är korta. För att underlätta för utskrivning är det därför viktigt att det finns ett nätverk som är beredda att ta emot patienten när denne är utskrivna. I våra intervjuer har vi alltså fått någorlunda skiftande svar vilket enligt oss tyder på att kuratorns och verksamhetens egna värderingar spelar en stor roll.

Vi anser i likhet med vår intervjuperson Monica att då behandlingstiderna ofta är korta, och målet med behandlingen är att kunna skriva ut patienten så fort som möjligt, måste det finnas något som backar upp patienten då hon skrivs ut. Sedan psykiatireformen genomfördes 1995 har patienter som vårdas på institution minskat drastiskt. Även om många psykiskt sjuka får

insatser i form av exempelvis boendestöd och andra insatser från socialpsykiatrin så tror vi att reformen har inneburit ett ökat ansvar och belastning för närstående till patienter med psykisk ohälsa. Därför anser vi att det är av största vikt att anhöriga får vara delaktiga och blir informerade i den mån som sekretessen tillåter.

Vi har ställt oss frågande till om det finns någon typ av nätverk som kan vara skadliga för patienten och därför inte bör involveras i patientens behandling. På våra olika intervjuplatser har detta inte framkommit. Lena och Anna som arbetar på en av de öppenvårdsmottagningar vi har besökt säger att det endast i de fall då de pågår misshandel eller har förekommit incest är rent olämpligt att involvera nätverket. Trots detta tror vi att det kan finnas nätverk som är skadliga för patienten och man bör därför vara försiktig med vilka av personens anhöriga som involveras i nätverksarbetet. I forskning kring nätverkets betydelse för psykiskt sjuka personer så ses anhöriga nästintill uteslutande som en resurs, men vi tror att de i vissa fall kan vara en riskfaktor då de kan öka risken för att patienten återgår i destruktiva beteenden. Enligt systemteorin så påverkar systemet alla delar som ingår i systemet. Ett icke fungerande system skulle alltså kunna påverka delen, i detta fall patienten, negativt (Forsberg & Wallmark, 2002).

Vår sista frågeställning berörde vilken betydelse för patientens mående som tillmäts just nätverket. Mycket forskning tyder på hur viktigt det är med socialt stöd och ett hjälpanande nätverk för att behandla och förebygga psykisk ohälsa. Trots detta är nätverksarbetet långt ifrån en självklarhet om vi ska tro de personer vi har intervjuat. Fokus ligger istället på att behandla en individ och dennes symptom. Flera av de platser vi har besökt använder sig mycket av KBT i behandlingen, vilket är en individbaserad metod. Det är framför allt detta som erbjuds patienten inom psykiatrin och vill de istället ha en mer nätverksfokuserad behandling hänvisas de istället till socialtjänsten och familjebehandlingen där. Denna behandling är snarare inriktad på relationsproblem och sällan på psykisk sjukdom. De psykiatriska team som finns på varje arbetsplats har visserligen tvärvetenskaplig kompetens men fokus ligger ändå på den medicinska vetenskapen. Detta kan bero på att det trots de olika kompetenserna är den medicinskt skolade överläkaren som har det övergripande ansvaret för verksamheten. Systemteorin har sin fokus på relationen mellan människor och ser på den psykiska ohälsan som ett problem mellan individer. Trots det är det ont om systemiska behandlingar inom psykiatrin.

Vi hade först tänkt göra en jämförelse mellan öppen och sluten psykiatrisk vård, då en av våra hypoteser var att arbetet skulle se olika ut. Under intervjuerna framkom det dock att arbetet skilde sig mellan olika vårdenheter och att skillnaden inte verkade bero på vårdformen.

Slutsats

Vår slutsats är att nätverksarbetet används i viss utsträckning inom psykiatrin och att det finns en medvetenhet om nätverkets betydelse. Nätverksarbetet finns dock endast som ett komplement till andra behandlingsinsatser.

Förslag till vidare forskning

Eftersom nyare forskning inom området i viss mån saknas tror vi att det kan vara givande att undersöka hur nätverket påverkar oss idag då vi går mot ett mer individualistiskt samhälle. Ytterligare ett förslag är huruvida det finns skadliga nätverk som påverkar individer negativt.

Referenser

- Andersson, Bengt-Erik. (1986). *Utvecklingssekologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Billings, Andrew G., Moos, Rudolf H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.
- Bronfenbrenner, Uri. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, Mass: Harvard Univ. Press.
- Bryman, Allan. (2002). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (1. uppl.) Malmö: Liber ekonomi.
- John Cassel (1976) The contribution of the social environment to host resistance. *Am J: Epridemiol* 140:107-123
- Forsberg, Gunnar. & Wallmark, Johan. (2002). *Nätverksboken: om mötets möjligheter*. (2., [bearb. och utök.] uppl.) Stockholm: Liber.
- Gerstei, Naomi, Kohler, Catherin, Riessman & Rosenfiel, Sarah. (1985) Explaining the Symptomatology of Separatedand Divorced Women and Men: The Role of Material Conditions and Social Networks. *The University of North Carolina Press*.
- Hackett, Thomas.P, Cassem, N.H. (1976) White collar and blue collar responses to heart 100 attack. *Journal of psychosomatic research*.
- Henderson, A.S. (1984) Interpreting The evidence on social support. *Soc psychiatry*
- Kvale, Steinar. (2002). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Landelius, Ann-Charlotte. (2010). *Sekretess inom hälso- och sjukvården: en introduktion*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Lazarus, Richard., Folkman, Susan. (1984) Stress, appraisal, and coping. New York: *Springer*.
- Lundsbye, Maths (2010). *Familjeterapins grunder: ett interaktionistiskt perspektiv, baserat på system-, process- och kommunikationsteori*. (4. rev. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.
- Marsella, Anthony J. Snyder, Karen. (1981) Stress, social supports, and schizophrenic disorders: Toward an interactional model. *Schizophrenia Bulletin*.
- Meeuwisse, Anna. & Swärd, Hans. (red.) (2002). *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och kultur.
- Moak, Z.B, Agrawal, A. (2009). The association between perceived interpersonal socialsupport and physical and mental health: results from the national epidemiological survey on alcoholand related conditions. *Journal of Public Health*.
- Orhagen, Tina. (1992) Working with families in schizophrenic disorders: the practice of psychoeducational intervention. Linköpings universitet

Ottosson, Jan-Otto. (2003). *Psykiatrin i Sverige: vägval och vägvisare*. Stockholm: Natur och kultur.

Ottosson, Hans. & Ottosson, Jan-Otto. (2007). *Psykatriboken*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Pattison, E. Pattison, M (1981). *Analysis of a schizophrenic psycho social network*.

Rydén, Olof. & Stenström, Ulf. (2008). *Hälsopsykologi: psykologiska aspekter på hälsa och sjukdom*. (3. uppl.) Stockholm: Bonnier Utbildning.

Schulze, B & Woppmanna, B. (2010) The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *European Psychiatry* 26 (2011) 28–33.

Schoolworkhelper (2011) Hämtat den 21 december 2011 från <http://schoolworkhelper.net/2010/11/growth-and-development-theory-urie-bronfenbrenner-1917-2005/>.

Seikkula, Jaakko. (1996). *Öppna samtal: från monolog till levande dialog i sociala nätverk*. Stockholm: Mareld.

Sibitz, I, Amering, M, Unger A, Seyringer, M.E, Bachmann, A, Schrank, B, Benesch, T (2010) The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *European psychiatry*.

Stafford Mai, McMunn Anne, Zaninotto Paola, Nazroo James (2011) Positive and Negative Exchanges in Social Relationships as Predictors of Depression: Evidence From the English Longitudinal Study of Aging. *Journal of Aging and Health*

Sjöblom, Lena-Mari, Pejler Anita, Asplund Kenneth, Hellzen (2010) Närstående I den psykiatriska vården – En kvalitativ studie om erfarenheter av närståendes delaktighet. Department of health sciences Mid-Sweden University.

Slater, Judith, Depue, Richard. (1981)The contribution of environmental events and social support to serious suicide attempts in primary depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 90(4), Aug 1981, 275-285

Topor, Alain (2004) *Vad Hjälper? – Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Natur och Kultur.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer – inom humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning*. Vetenskapsrådet: Erlanders Gotab.

Bilagor

Intervjufrågor

Kan ni ge en kort beskrivning av er verksamhet?

Hur ser ni på nätverksinsatser inom denna verksamhet? Använder ni er av dessa insatser?

Vilken betydelse tillmäts nätverket hos era patienter?

När anser ni att det är lämpligt att gå in med insatser i nätverket, och när är det inte lämpligt?

Påverkar valet av behandlingsmetod huruvida nätverksinsatser kan vara lämpliga?

Påverkar patientens ålder huruvida nätverksinsatser används?

Påverkar patientens kön huruvida nätverksinsatser används?

Hur upplever ni att övrig vårdpersonal ser på nätverksarbete?

Finns det några utmärkande drag hos era patienter när det gäller deras nätverk?

Skiljer sig dessa utmärkande drag beroende på vilken diagnos patienten har?