



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Förstagångspsykos

Vilken betydelse har familjesamtal i behandlingen?

Vetenskapligt arbete, 15 högskolepoäng, 2008
Psykioterapeutprogrammet med inriktning mot familjeterapi
Författare Lotta Englund
Handledare Ann-Marie Lundblad

SAMMANFATTNING

Syftet med studien var främst att undersöka vilken betydelse familjesamtal har i behandlingen vid förstagångspsykos eller misstänkt förstagångspsykos. Dessutom var syftet att utvärdera hur personer med förstagångspsykos eller misstänkt förstagångspsykos och familj/närstående upplever mötet och behandlingen på öppenvårdsmottagning Björkängen (ÖVM B, en mottagning inom den specialiserade psykiatriska vården med inriktning mot psykossjukdomar) samt att undersöka om vårdtagare och familj upplever att de behandlingar/insatser som de har erbjudits och deltagit i, har gett något resultat.

Metod för studien var både kvantitativ och kvalitativ. I den kvantitativa metoden skickades enkäter till alla vårdtagare (21 personer) och närstående (28 personer) som blev aktuella på ÖVM B under åren 2006 och 2007. I den kvalitativa metoden gjordes individuella djupintervjuer med fem föräldrar och fyra vårdtagare från fyra familjer. Frågeområdena i intervjuerna var: förväntningar, upplevelse av mötet med vården, resultat av alla behandlingar/insatser och nytta av familjesamtal. Materialet sammanställdes och tematiserades samt belystes med citat från intervjupersonerna. Svaren från de öppna frågorna i enkäterna sammanställdes också efter teman och belystes med citat från respondenterna. Det teoretiska perspektivet som användes var systemteoretiskt förhållningssätt samt ett socialkonstruktionistiskt och språkssystemiskt synsätt.

De två undersökningarna gav liknande resultat och vissa gemensamma synpunkter. Nästan alla i studien upplevde att de hade bemötts med omtanke och respekt, samt blivit lyssnade till. Övervägande hade också positiva upplevelser angående vad alla behandlingar/insatser i stort gett för resultat. Det som nämndes var ökad självkänsla och bättre självinsikt, en förståelse för vad man hade varit med om och vad som kunde ha bidragit till den psykiska ohälsan. Dessutom nämndes det positiva med att ha kommit in i ett socialt sammanhang med t.ex. arbete, studier och kamrater. Insatsen med familjesamtal var av stor betydelse för både vårdtagare och närstående. Alla delade uppfattningen att familjesamtalen bidrog till att man började kommunicera med varandra. Detta öppnade upp dialoger och gjorde det möjligt att våga tala med varandra om mer svåra och "laddade" saker. Familjemedlemmarna lärde känna varandra på ett nytt sätt och många upplevde att relationerna till varandra förbättrades.

En mer negativ upplevelse, som delades av många, var att inte känna sig delaktiga i planeringen och genomförandet av vården. Man ville ha mer information om behandlingen, behandlingsalternativen och få mer "insyn" i behandlingen. Flera närstående nämnde också att de hade velat träffa och samtala med all personal som deltog i behandlingen runt deras barn.

Vidare framkom det i studien att de flesta upplevde en osäkerhet och rädsla samt okunskap om den psykiatriska vården, samt vilken hjälp man kunde förvänta sig att få.

I intervjuerna talade alla vårdtagare om att de hade mått psyksikt dåligt under flera år innan de tog kontakt med den psykiatriska vården. Även flera föräldrar talade om problem och svårigheter under flera år, där man ibland inte förstod svårigheten och problematiken som fanns runt barnet. Osäkerhet, okunskap och rädsla kan vara anledningar till att man väntade så länge med att söka hjälp inom den psykiatriska vården.

Sökord: psykiatri, förstagångspsykos, familjesamtal, öppna dialoger, vårdtagare.

Innehållsförteckning	Sida
1 Inledning.....	1
2 Bakgrund.....	2
3 Syfte.....	3
4 Frågeställningar.....	3
5 Datasökning.....	3
6 Teori och modell.....	4
6.1 Socialkonstruktion och språkssystemiskt synsätt.....	5
6.2 Stress- och sårbarhetsmodellen.....	7
6.3 Metod enligt "Fallskärmsprojektet"	8
6.4 Psykopedagogiskt familjestöd vid schizofreni.....	9
6.5 Familj- och nätverkssamtal vid psykos.....	9
6.6 Reflektioner runt psykopedagogisk familjeintervention respektive "familj/nätversamtal - öppna dialoger".....	11
7 Öppenvårdsmottagning Björkängen - Metod och förhållningssätt vid förstagångspsykos.....	11
7.1 Mitt eget förhållnings- och synsätt.....	13
8 Metodbeskrivning för undersökningen.....	14
8.1 Vetenskapliga metoder.....	14
8.2 Metodval.....	14
8.3 Urval/målgrupp.....	16
8.4 Kvantitativ metod.....	16
8.5 Kvalitativ metod.....	16
8.6 Planering.....	17
8.7 Enkäter.....	17
8.8 Intervjuer.....	17
8.9 Genomförande.....	18
8.10 Enkäter.....	18
8.11 Intervjuer.....	18
8.12 Forskarroll.....	19
8.13 Analysmetod.....	19
8.14 Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet.....	20
8.15 Etiska aspekter.....	22
9 Resultat.....	23
9.1 Enkäter. Enkäter för vårdtagare.....	23
9.2 Resultat av "rådata", vårdtagare.....	23

9.3 Resultatsammanställning, diagram, vårdtagare.....	24
9.4 Resultatsammanställning, vårdtagare.....	25
9.5 Enkäter. Enkäter för närstående.....	26
9.6 Resultat av "rådata", närstående.....	27
9.7 Resultatsammanställning, diagram, närstående.....	27
9.8 Resultatsammanställning, närstående.....	28
9.9 Resultat och tematisering, Intervjuer.....	30
9.10 Vårdtagare.....	30
9.11 Närstående.....	34
10 Diskussion och Slutsatser.....	40
10.1 Metoddiskussion.....	40
10.2 Resultatdiskussion	41
11 Åtgärdsförslag.....	46
11.1 Avslutande kommentar.....	47
12 Referenser.....	48
13 Bilagor	

INLEDNING

Den psykiatriska specialistvården inom Södra Älvsborgs Sjukhus, (SÄS), Västra Götalands regionen, genomförde en omorganisation 2001. Fram till september månad 2001, tog de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna i Borås kommun emot alla förekommande psykiatriska diagnoser inom ett geografiskt område. Detta ändrades i september 2001 och istället blev öppenvårdsmottagningarna indelade efter olika psykiatriska diagnoser.

Psykosvården i SÄS är en del i en vårdkedja, där SÄS har ansvaret för utredning, diagnosticering och behandling och kommunerna ansvarar för boende, sysselsättning och stöd.¹

Till grund för det lokala handlingsprogrammet för psykossjukdomar, finns ett regionalt vårdprogram för Västra Götalandsregionen, *"Regionalt vårdprogram för upptäckt, diagnos och behandling av tidig psykos"*² och det nationella vårdprogrammet *"Riktlinjer för Tidigt omhändertagande vid psykos, TOP-projektet 2007"*³.

Förutom ovanstående vårdprogram, styrs sjukvården och därmed psykosvården av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt vid behov, Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

Öppenvårdsmottagning Björkängen (ÖVM B) är en mottagning inom den specialiserade psykiatriska vården, som riktar sig mot psykossjukdomar. Upptagningsområdet är Borås stad och Bollebygds kommun, totalt ca 109000 invånare.⁴

Man beräknar att av en befolkning på 100 000 personer insjuknar ca 15 – 20 personer varje år i en psykos. Då schizofreni är ett snävare sjukdomsbegrepp, så är det ett mindre antal av de som insjuknar i en psykos som utvecklar schizofreni.⁵ Könsmässigt är det fler män än kvinnor som insjuknar, proportionen är ca 60:40. Det är också en skillnad vad gäller ålder vid insjuknande, medelåldern för män är 24 år och för kvinnor 25 år.⁶

När någon drabbas av en psykos eller får psykosliknande symtom, med t.ex. vanföreställningar (röst- och/eller synhallucinationer samt tankestörningar) innebär det en kris för personen som drabbas, men även för de närstående. Man kan säga att en psykos är ett mindre eller större sammanbrott i upplevelsen av verkligheten.

De personer som första gången drabbas av psykos eller psykosliknande symtom är vanligtvis unga vuxna i 20-25 års ålder. Det är också en period i livet då individen skall bli mer självständig, påbörja eller fortsätta studier och/eller yrkesliv, kanske

¹ Psykossjukdom, Lokalt handlingsprogram för psykossjukdomar, SÄS. Reviderat 2008.

² Regionalt vårdprogram för upptäckt, diagnostik och behandling av tidig psykos. Västra Götalandsregionen, 2005.

³ Riktlinjer för Tidigt Omhändertagande vid Psykos, TOP-projektet, 2007.

⁴ SCB, 071231.

⁵ Socialstyrelsen, Vård och stöd till patienter med schizofreni – en kunskapsöversikt. 2003.

⁶ Cullberg, J. 2004.

flytta hemifrån och skapa nya sociala relationer. För någon kan det innebära stora livsomställningar med ökad press och livspåfrestning. När sammanhanget i livet brister ökar risken för att må psykiskt dåligt. Det gäller speciellt ungdomar och unga vuxna, som är i början på en utvecklingsfas med att forma och bygga upp sina egna liv. Det är mycket viktigt att det i samhället finns resurser och "hjälpsystem" för att kunna bistå och stötta människor i kriser och svårigheter.

BAKGRUND

Jag arbetade tidigare på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning med alla förekommande diagnoser. Vid omorganisationen 2001, började jag på en specialiserad öppenvårdsmottagning med inriktning mot psykosvård, öppenvårdsmottagning Björkängen (ÖVM B).

På psykosmottagningen finns ett TIP-team (tidig intervention vid psykos) som är ett "litet team" som ingår i det stora teamet på ÖVM B. Målgruppen för TIP-teamet är unga vuxna i åldern 16 år till omkring 30 år, som har en förstagångspsykos eller där det finns misstanke om en psykosutveckling.

Genom samarbete med Barnpsykiatriska kliniken är det alltså möjligt att ta emot personer från 16 års ålder, även om detta inte är särskilt vanligt förekommande.

Utöver arbetet i TIP-teamet, arbetar all personal även med de i övrigt förekommande arbetsuppgifterna i teamet på ÖVM B.

I TIP-teamet finns alla yrkeskategorier representerade; läkare, sjuksköterska, skötare, psykolog, socionom, arbetsterapeut och sjukgymnast.

När det finns misstanke om en psykosjukdom, görs en systematisk och allsidig utredning på ÖVM B. Utredningen skall omfatta medicinska, psykologiska och sociala aspekter.⁷ För att ställa en diagnos används diagnoskriterier enligt ICD-10⁸ eller DSM IV.⁹

Insatsen med familjesamtal erbjuds till alla som blir aktuella på ÖVM B, där det finns misstanke om förstagångspsykos. I den metod som TIP-teamet följer har vi som riktlinje att träffa vårdtagare och familj inom 24 timmar, helst i deras hem, men om detta inte är möjligt anpassar vi oss efter situationen eller de önskemål som finns.

Familjesamtal är en del i den totala utredningen, men blir oftast också en behandlingsinsats. Familjesamtal kan innebära en kartläggning av familjens historia, aktuella behov och önskemål, samt undersöka familjens resurser och svårigheter. Familjesamtal är även ett forum för både vårdtagare och närstående för att få information, men också för att kunna ge information, d.v.s. ett ömsesidigt informationsutbyte mellan behandlare och familj. Som behandlare är det mycket viktigt att få ta del av familjens egen berättelse om sin livshistoria och deras tankar och funderingar över den uppkomna situationen.

⁷ Regionalt vårdprogram för upptäckt, diagnostik och behandling av tidig psykos. Västra Götalands Regionen, 2005.

⁸ International Classification of Diseases (revision 10) 1994.

⁹ Diagnostic & Statistical Manual of Mental Illness (revision 4). 1995.

Då jag som socionom i TIP-teamet till stor del, arbetar med familjesamtal tycker jag att det skulle vara mycket intressant och givande att undersöka hur vårdtagare och familj upplever familjesamtalen och vilken nytta de har av dessa.

För att sätta in insatsen med familjesamtalen i ett sammanhang, behövde jag även undersöka hur vårdtagare och familj upplevde kontakten och behandlingen som erbjöds på ÖVM B.

Dessutom ville jag också ta reda på vilka resultat vårdtagare och i förekommande fall, vårdtagare och familj, anser att de har uppnått med hjälp av de insatser och behandlingar som de har deltagit i. Eftersom jag haft ett speciellt intresse för familjesamtalen, har jag fokuserat mest på detta område.

SYFTE

Att utvärdera hur personer med förstagångspsykos eller misstänkt förstagångspsykos och familj/närstående, upplever mötet och behandlingen på ÖVM B.

Att undersöka om vårdtagare och familj upplever att familjesamtalen har varit till någon nytta.

Att undersöka om vårdtagare och familj upplever att de behandlingar/insatser som de har erbjudits och deltagit i, har gett något resultat.

FRÅGESTÄLLNINGAR

För att utvärdera hur vårdtagare och familj upplevde mötet och behandlingen på öppenvårdsmottagningen, tänkte jag undersöka vilka förväntningar de hade när de kom till öppenvårdsmottagningen och hur vårdtagare och familj upplevde bemötandet på mottagningen. Dessutom ville jag undersöka hur delaktiga vårdtagare och familj upplevde sig vara i planeringen och genomförandet av vården/behandlingen. Samt om vårdtagare och familj upplevde att de olika insatserna/behandlingarna, med störst fokus på familjesamtalen, hade bidragit till någon förändring och vilken nytta de haft av insatserna/behandlingen, åter med störst fokus på familjesamtalen

DATASÖKNING

För att söka efter information och tidigare forskning, har jag sökt efter artiklar och material i databaserna: PubMed (Medline), PsycINFO och Cochrane Database. Sökorden jag använde var: Psychosis, Psychotic disorders, Acute Psychosis, First-episode psychosis, Family therapy. Dessutom enbart namnen: Cullberg, Johan och Seikkula, Jaakko.

Det visade sig att det fanns oändligt med artiklar, som i och för sig inte var relevanta för mig. I PsycINFO t.ex. blev det under ovanstående fyra första sökord 74 298 träffar. När jag lade till sökordet "Family therapy", minskade antalet till 666 träffar.

För att ytterligare minska ned antalet träffar, gjorde jag följande begränsningar vid datasökningen: åren mellan 1993 - 2008, med översikt (peer reviewed journal),

metaanalyser (meta-analysis), riktlinjer (practice guideline), engelsk text (English language) och individer i åldrarna 13 – 39 år.

Resultaten blev då:

PsycINFO. 35 träffar, varav en relevant.

PubMed 18 träffar, varav två relevanta.

Cochrane Database, fyra träffar, varav en relevant.

Vid sökning med enbart namn:

Sökord: Cullberg, Johan. 15 träffar, varav två relevanta.

Sökord: Seikkula, Jaakko. Nio träffar, varav fem relevanta.

Det visade sig att det inte fanns några artiklar som enbart handlade om familjesamtal vid förstagångspsykos, i den bemärkelsen som används vid familjesamtalen på ÖVM B. Däremot fanns det ett stort antal artiklar och studier som handlade om familjeintervention, d.v.s. psykoedukativamodeller vid schizofreni.

Det som kom närmast min mening och tanke med insatsen familjesamtal, fanns i artiklar från det nordiska fältet med bland annat Johan Cullberg och Jaakko Seikkula. I flera studier¹⁰ och i litteraturen¹¹ har det betonats hur värdefullt det är att personer med förstagångspsykos eller misstanke om förstagångspsykos får en tidig och anpassad vård utifrån individens speciella behov och situation.

Det är också mycket viktigt att uppmärksamma de närståendes situation och möta familj och närstående ur ett krisperspektiv. Samtidigt är det angeläget att så snart som möjligt involvera och engagera familj och närstående i behandlingsprocessen samt att vara lyhörd för deras speciella behov och situation.¹²

TEORI OCH MODELLER

Sedan årtionden tillbaka har det funnits ett flertal varierande olika synsätt, förklaringsmodeller och teorier för psykisk ohälsa och därmed psykoser. Man har bland annat tvistat om anledning till uppkomst, orsak och olika behandlingsalternativ.

Den tidiga psykiatriska traditionen, med bland annat Freud, ansåg att psykiska problem hade sin förklaring inom den enskilde personen. Det var inre konflikter hos individen, uppkomna i det förflutna som orsakade psykiska problem. Förändring skulle ske genom insikt om omedvetna konflikter.¹³

Under 1940-talet lade Ludwig von Bertalanffy grunden till den *generella systemteorin*, som ursprungligen utvecklades inom naturvetenskapen. Teorin visade hur olika delar ömsesidigt påverkade varandra inom diverse system, så väl inom fysiken som inom levande system. Medan Bertalanffy mest var intresserad av fysikaliska system av energi, massa etc. var antropologen Gregory Batesons, mer intresserad av system av information, skillnader och mönster. Batesons utvecklade vetenskapen cybernetik

¹⁰ Cullberg, J. et al; 2002; 2006. Seikkula, J. et al. 2003b; 2006.

¹¹ Cullberg, J. 2000; 2003; 2004. Seikkula, J. 1996. Seikkula, J. & Arnkil, T.E. 2005.

¹² Idem.

¹³ Lundsbye et al. 2000.

där man uppmärksammar förhållandet mellan del och helhet. Cybernetik innefattar läran om självreglerande system och man studerar kommunikation med och styrning av komplexa system.

Det började med första ordningens cybernetik där behandlaren skulle förhålla sig "objektiv" och inte ingå i det system som han/hon studerade eller arbetade med. Därefter blev det en utveckling mot en andra ordningens cybernetik, där behandlaren inte längre såg sig som utanför systemet, utan som en del av systemet och ingår i detta.¹⁴

Enligt systemteorin relaterar människor till varandra och bildar därmed kommunikationssystem som ständigt pågår. I samspel med andra människor utvecklar vi vår identitet och personlighet. Det är samspelet, kommunikationen mellan människor i ett gemensamt sammanhang som är systemteorins fokus.¹⁵

Till skillnad från biologisk-medicinsk eller psykoanalytisk teori, där man huvudsakligen beskriver mänskliga problem och symtom som tillstånd *inom* individen, menar systemteorin att problem existerar som en oskiljaktig del i *samspelet mellan* människor. Det är just det mänskliga sammanhanget kring vårdtagaren som en systemorienterad behandlare har i fokus.¹⁶

Under 1950 talet började man inom psykiatrin att observera hur personer med schizofrenidiagnos interagerade med sina familjer. Man studerade familjens kommunikationsmönster och hur familjemedlemmarnas samspel med varandra påverkade den person som ansågs sjuk och hela familjen. Det ledde fram till att Bateson, Jackson, Haley och Weakland i mitten av 50-talet förde fram begreppet *dubbelbindning* ("*företeelsen att information som upplevs motstridigt (paradoxalt) kan försätta mottagaren i en subjektivt olöslig konflikt om vad som gäller eller inte gäller - han blir "bunden" av två betydelser av yttrandet*"¹⁷).

Härmed infördes kommunikationsperspektivet som ram för att förstå psykotiska sjukdomar. Psykiska sjukdomar ansågs ha sitt ursprung i familjen och dess samspel mellan de olika familjemedlemmarna. Man trodde att ett "dysfunktionellt" familjemönster kunde leda fram till olika psykiska sjukdomar t.ex. schizofreni¹⁸.

Socialkonstruktion och språkssystemiskt synsätt

I det postmoderna perspektivet med socialkonstruktionistiska- och språkssystemiska skolor har synen på familjen som problemskapande, förändrats till att det är problemet som skapar systemet. Socialkonstruktionism är en filosofisk riktning som menar att kunskap, världsbild och livsberättelser är något som skapas i interaktion mellan individer. Det är i språket som mening skapas och språk är alltid något socialt.¹⁹ Problem är socialt konstruerade och något som utspelas samt beskrivs i samspel mellan människor och har ett språkligt uttryck. Systemen är

¹⁴ Forsberg, G. & Wallmark, J. 2002.

¹⁵ Forsberg, G. & Wallmark, J. 2002.

¹⁶ Idem.

¹⁷ Lundsbye et al. 2000, s. 406.

¹⁸ Lundsbye et al. 2000.

¹⁹ Hårtveit, H. & Jensen, P. 2005.

handlingssystem, som framkommer ur ett nätverk av kommunicerande personer, runt de frågor som är problem för dem. Det är kommunikation runt problem som markerar och definierar systemet. Ett system kan t.ex. vara en individ, ett par, en familj, arbetskamrater, grannar eller en annan kombination av personer som är i aktiv kommunikation med varandra och som deltar runt ett språkligt kommunicerat problem.²⁰

Med ett socialkonstruktionistiskt och språkssystemiskt synsätt blir terapeuten en samtalspartner som samverkar i ett system vars gränser bestäms och förändras av den pågående dialogen, samtalet. Terapeuten blir en del av systemet och har som uppgift att underlätta samtalet genom att föra in fler röster och öppna för alternativa betydelser av problemet. Det innebär att den förändrade interaktionen ger möjligheter till nya roller, ny organisation och ökad flexibilitet.²¹

I norden var det främst Tom Andersen, norsk professor i socialpsykiatri, och Jaakko Seikkula, psykolog och professor i Finland som har varit och är företrädare inom det socialkonstruktionistiska och språkssystemiska synsättet.²²

Tom Andersen skriver i boken *"Reflekterande processer"*²³ att det är viktigt i ett möte, att låta alla närvarande få en möjlighet att växla mellan att aktivt ta del av samtalen och vara lyssnande part i andras samtal. Dessa växlingar gör det möjligt för varje person att kunna föra ett yttre och ett "inre" samtal. De två olika "samtalen" ger olika perspektiv på samtalstemat, samt två olika utgångspunkter i sökandet efter nya beskrivningar och ny förståelse.

Genom Andersen har metoden med reflekterande processer införts i terapirummet. Under samtalet låter terapeuten klient/familj vara i en lyssnarposition och ta del av terapeuten/terapeuternas egna tankar och reflektion över vad som sagts i samtalet. Därefter byter man position och terapeuten får lyssna på klientens/familjens reflektioner över terapeutens tidigare reflektion.

I boken *Öppna samtal – Från monolog till levande dialog i sociala nätverk*²⁴, beskriver Seikkula hur behandlingen särskilt handlar om möten och samtal på gränsen mellan det personliga familje- och nätverkssystemet och sjukhussystemet. Samtalen skapar ett gemensamt språkligt gränssystem, där man kan fokusera på andra delar av krisen än det psykiska insjuknandet. Genom ett nätverkscentrerat arbetssätt där alla försöker att konstruktivt arbeta med "problemet", strävar man efter, via dialog, att ta fram de resurser som finns i de relationer som patienten har.

Seikkula har också en tradition i den motsvarande finska behovsanpassade vården. Många av grundprinciperna i Seikkulas modell "Öppna samtal" liknar de grundprinciper som finns i Cullbergs "Fallskärmsprojektet" (se sidan 7). I Seikkulas modell vid akut psykos, finns bland annat principerna om omedelbart omhändertagande, helst inom ett dygn i vårdtagarens hem. Ett krisperspektiv och

²⁰ Anderson, H. & Goolishian, H. A. 1992; Anderson, H. 2006.

²¹ Forsberg, G. & Wallmark, J. 2002.

²² Andersen, T. 2003; Seikkula, J. 1996; Seikkula, J. & Arnkil, T. E. 2005.

²³ Andersen, T. 2003.

²⁴ Seikkula, J. 1996.

krisstöd dygnet runt till vårdtagare och nätverk. Den psykotiska berättelsen diskuteras i en öppen dialog med alla närvarande.²⁵

Seikkula med flera, har skrivit artiklar om studier från 2-års uppföljning och 5-års uppföljning av personer med förstagångspsykos där metod och förhållningssätt var enligt modellen med "öppen dialog".²⁶

Det framkom mycket positiva resultat, vårdtagarna behövde mindre sjukhusvård och behovet av neuroleptikabehandling var också mindre. Under hela vårdprocessen samarbetar man med familjen/närstående. Då en av principerna i "öppna dialoger" är nätverksperspektiv, deltar dessutom personer som är viktiga för vårdtagarens framtid t.ex. arbetskamrater, grannar och klasskamrater, i ett konkret samarbete. När dessa nya sammanhang skapas runt vårdtagaren, förefaller det att bli en positiv inverkan för personen avseende förmågan att klara sig socialt. En majoritet av vårdtagarna i 5-års uppföljningen hade återvänt till studier eller heltidsarbete.

Nya möjligheter i synsätt och behandling har införts. Att föra in alla aktörer, familj och nätverk, till en gemensam läkande dialog är behandlarens främsta mål och medel²⁷.

Stress- och sårbarhetsmodellen

Den teori och det synsätt som idag har fått stort gehör och som de flesta behandlare kan anamma är stress - och sårbarhetsmodellen. I TIP-teamet där det ingår flera olika yrkeskategorier och därmed olika skolbildningar, finns det ett gemensamt syn- och förhållningssätt i denna modell.

I boken *Psykosser – ett humanistiskt och biologiskt perspektiv*, skriver Johan Cullberg (hämtat från Zubin, J& Spring, B (1977)), att det var den amerikanske psykiatern Joseph Zubin, som i mitten av 1970-talet formulerade den s.k. stress – och sårbarhetsmodellen. Denna modell förenar olika vetenskapliga skolbildningar, vilket bidrar till en både möjlig och nödvändig utveckling mot kombinerade behandlingsinsatser.²⁸

Synsättet bakom modellen är att människor har olika sårbarhet för att utveckla psykosjukdom. Olika livspåfrestningar kan vara en bidragande orsak till att utlösa en psykos. Sårbarheten kan vara av biologisk art (genetik, hjärnskada etc.) eller vara psykologisk (allvarliga störningar eller brister i den tidiga barndomsutvecklingen), det kan också vara en kombination av de båda. Livspåfrestningar och belastningar som kan bidra till att utlösa en psykosreaktion kan vara specifika, t.ex. livskris, sorg, förlust, olösbar konflikt eller kränkning av självkänslan. Eller vara ospecifika, t.ex. isolering, sömnbrist, omkastad dygnsrytm, somatisk sjukdom eller påfrestning. En person med hög sårbarhet har en lägre tröskel för att klara av livspåfrestningar och belastningar, vilket innebär en ökad benägenhet för att utveckla psykos. En person med låg sårbarhet har däremot en högre tröskel och klarar av

²⁵ Seikkula, J. 2002; Seikkula, J. et al 2003a; Seikkula, J & Olson, M. E. 2003.

²⁶ Seikkula, J. et al 2003b; Seikkula, J. et al 2006.

²⁷ Forsberg, G. & Wallmark, J. 2002.

²⁸ Cullberg, J. 2000; 2004.

livspåfrestningar och belastningar i större utsträckning, vilket innebär en mindre benägenhet att utveckla psykos.²⁹

Metod enligt "Fallskärmsprojektet"

Det förhållningssätt och den metod som TIP-teamet använder i arbetet med förstagångspsykos eller misstanke om förstagångspsykos, är hämtat från det så kallade Fallskärmsprojektet.

Fallskärmsprojektet (metaforen står för mjuk landning under psykosen) startade 1996 som ett tvåårigt multicenterprojekt, av bland annat Johan Cullberg, professor i psykiatri och Sonja Levander, psykolog. Sjutton kliniker runt om i hela Sverige, omfattande 175 patienter deltog i projektet. Patienterna har behandlats och följts upp vid samma team under en femårsperiod. Patienterna som togs emot var de som för första gången sökte hjälp för en psykos och var mellan 18 och 45 år. Projektet hade en forskningsinriktning och ett intresse att utveckla nya former för behandling och bemötande av förstagångsinsjuknade psykotiska patienter.³⁰

Klinikerna i projektet skulle erbjuda en behovsanpassad vård och följa vissa grundläggande principer. I så stor utsträckning som möjligt skulle dessa principer anpassas till de enskilda vårdtagarna, så att varje individ kunde få den vård som han eller hon behövde.³¹ Följande principer gällde:

- Tidiga insatser - gärna i hemmet, inom 24 timmar.
- Krisperspektiv – stöd, sammanhang och kunskap.
- Familjemöten snarast.
- Lättillgänglig vård och kontinuitet.
- Lägsta effektiva dos av antipsykotisk medicin.
- Små krishem med hemlik miljö, låg stimulusnivå.

Cullberg med flera har skrivit artiklar om studier och resultat från 1-års uppföljning och 3-års uppföljning av vårdtagare med förstagångspsykos, som har deltagit i "Fallskärmsprojektet". Familjesamtal är en del i behandlingen och i studierna går det inte att särskilja enbart familjesamtalen, eftersom de ingår som en del i den behovsanpassade vården.

Studierna visar på mycket positiva resultat, behandlingstiden blev kortare och inläggningarna färre, vilket också innebär minskade samhällskostnader. Även behovet av medicin minskade och självmordsrisken blev betydligt lägre. Den subjektiva tillfredsställelsen med vården var också hög, både hos vårdtagare och närstående.³²

²⁹ Cullberg, J. 2000; 2003; 2004.

³⁰ Cullberg, J. 2000; 2004; Cullberg, J et al 2002; Levander, S. 2007.

³¹ Idem.

³² Cullberg, J; et al. 2002; Cullberg, J; et al. 2006.

Psykopedagogiskt familjestöd vid schizofreni

När det gäller behandling för vårdtagare med schizofreni, finns det idag ett flertal evidensbaserade Familjeinterventionsprogram. Bland annat var Carol M Anderson, Douglas J Reiss och Gerard E Hogarty några av förgrundsgestalterna som utarbetade ett psykopedagogiskt interventionsprogram vid schizofreni.³³ De psykopedagogiska programmen har det gemensamma att de alla erbjuder vårdtagare och anhöriga ett "utbildningspaket", vilket oftast sker tillsammans med andra familjer. Under ett antal undervisningstillfällen ges grundläggande information om schizofrenins orsaker, behandling och prognos. Man tydliggör för alla familjemedlemmar vad det innebär för vårdtagare och familj att ha en långvarig sjukdom/handikapp, liksom vikten av att delta i behandling och rehabilitering. Andra teman som behandlas är bland annat olika läkemedels verkningsmekanismer och biverkningar. I programmet ingår också att hjälpa familjer att finna lösningar på problem som uppstår i samband med behandling och rehabilitering av vårdtagaren.³⁴

Ett annat syfte med Familjeinterventionsprogram är *"att minska graden av misstro och kritik gentemot patienten eller överdrivet engagemang i dennes liv (högt känslotryck)"*.³⁵ I programmet arbetar man med att synliggöra familjemedlemmarnas beteende gentemot varandra och hur detta kan skapa relationsproblem och ett försämrat familjeklimat. Ett familjeklimat med högt känslotryck, EE (EE = Expressed Emotion), kan leda till en försämring i vårdtagarens psykiska hälsotillstånd men också för de andra familjemedlemmarna.³⁶

Flertalet studier visar att insats med familjeintervention kan minska risken för återfall i schizofreni, förbättra familjens känsloklimat samt öka vårdtagarens följsamhet vid medicinering.³⁷

I andra studier framkom det att familjer som hade deltagit i familjeinterventionsprogram var bättre rustade för att stödja deras barn, vilket innebar att vårdtiden (innehållande vård) på psykiatrisk klinik kunde minskas.³⁸

Familj- och nätverkssamtal vid psykos

Socialstyrelsen skriver i *"Vård och stöd till patienter med schizofreni – en kunskapsöversikt"*,³⁹ att det inte är självklart med interventionsprogram vid ett förstagångsinsjuknande, då man ännu inte vet i vilken grad sjukdomen kommer att få ett kroniskt förlopp. Ett psykopedagogiskt interventionsprogram bör erbjudas då man är mer klar över att det rör sig om ett långvarigt schizofrent tillstånd.

³³ Anderson, C. M. et al. 1990.

³⁴ Anderson, C. M. et al. 1990. Socialstyrelsen, Vård och stöd till personer med schizofreni, 2003.

³⁵ Socialstyrelsen, Vård och stöd till patienter med schizofreni – en kunskapsöversikt, sammanfattning 2003, uppdaterad 6 juni 2004.

³⁶ Socialstyrelsen, Vård och stöd till personer med schizofreni, 2003.

³⁷ Hansson, K. 2001. Penn, DL & Mueser, KT. 1996. Pharoah F. et al 2006.

³⁸ Lenior, Maire E. et al. 2001.

³⁹ Socialstyrelsen, Vård och stöd till patienter med schizofreni, 2003.

I det postmoderna samhället har synen på familjen och dess roll när det gäller psykisk sjukdom radikalt förändrats. Idag ses familjen som en tillgång och resurs, som om möjligt engageras och deltar i behandlingen redan från början⁴⁰.

Vid ett första psykosinsjuknande är det också viktigt utifrån ett krisperspektiv att så snart som möjligt bjuda in familjen/närstående till familjesamtal. Målet är då att alla familjemedlemmar skall få uttrycka sin syn på vad det är som har hänt, samt ges möjlighet till en minskad oro. Dessutom är det viktigt att få till stånd en kommunikation med och mellan familjemedlemmarna. Genom familjesamtalen får man också kunskap om vårdtagarens och familjens historia, vilka resurser och vilka svårigheter som finns i familjen. Allt detta är av betydelse för att kunna förstå situationen, samt kunna tala om familjens behov av framtida stöd.

I den akuta fasen handlar familjesamtalen alltså mer om ömsesidigt informerande och kontaktskapande.⁴¹

Under familjesamtalen kan det komma fram svårigheter i familjemedlemmarnas kommunikation och/ eller samspel med varandra, som innebär att familjesamtalen blir mer inriktade på en terapeutisk interaktionell process.

Liknande tankegångar med vikten av att snarast samla hela familjen/nätverket för *"gemensamma reflekterande samtal"* och *"gemensamma öppna dialoger"*, finner man också hos Tom Andersen och Jaakko Seikkula. Genom att samla familj/nätverk försöker man att konstruktivt arbeta med de svårigheter som finns och via dialog försöka ta fram de resurser som finns i familjen/nätverket.⁴²

*"I gemensamma samtal kan man komma fram till en förståelse som inte är möjlig för någon att uppnå enskilt"*⁴³

Att det sociala nätverket, med bl.a. närstående och andra viktiga personer, är betydelsefulla för vårdtagarens återhämtning finns beskrivit i litteraturen.⁴⁴

De sociala relationerna har betydelse utifrån att vårdtagaren kan få uttrycka sina känslor, att få prata om det som man har varit med om och på så sätt kunna minska spänningar och ångest. Det är också betydelsefullt utifrån att vårdtagaren kan få social bekräftelse och lättare kunna återintegreras i samhället. Många vårdtagare oroar sig för hur de skall bli bemötta av omgivningen efter att de varit i kontakt med psykiatri p.g.a. sin psykiska ohälsa. Att vårdtagaren upplever förståelse och stöd är viktigt för att minska ångesten och stärka förhoppningen om att åter kunna tillhöra ett vanligt socialt sammanhang.⁴⁵

⁴⁰ Cullberg, J. 2000; 2004.

⁴¹ Idem.

⁴² Andersen, T. 2003; Seikkula, J. 1996; Seikkula, J & Arnkil, T. E. 2005.

⁴³ Seikkula, J. & Arnkil, T. E. 2005. s.18.

⁴⁴ Cullberg, J. 2000; 2003; 2004. Topor, A. 2001; 2004. Seikkula, J. 1996. Seikkula, J.& Arnkil, T. E. 2005.

⁴⁵ Topor, A. 2001; 2004.

Reflektion runt ”psykopedagogisk familjeintervention” respektive ”familj/nätverkssamtal – öppna dialoger”.

Dessa båda skolor används idag i varierande grad inom den psykiatriska vården med psykossjukdomar. Den ena skolan utesluter inte den andra, men man bör vara noga med i vilken fas som vårdtagare och familj befinner sig i och därmed vilka behov som kan finnas; vad som är lämpligast att erbjuda familjen och anpassa det efter dem.

I en familj där någon insjuknar första gången i en psykos, kan detta vara en mycket omskakande och svår upplevelse för familjemedlemmarna. I den fasen kan det då vara lättare för familjen att de får hjälp och stöd som är anpassat just för deras individuella behov, än att delta i en standardiserad gruppbehandling.

Som Seikkula och Arnkil skriver i boken ”Sociala nätverk i dialog”⁴⁶ så har många vårdprogram ett sjukdomsinriktat synsätt och det psykotiska problemet beskrivs som en sjukdom som man vill hjälpa familjen att hantera. Man erbjuder då familjen så kallat psykopedagogiska eller psykoedukativa insatser, där familjen bli informerad om psykosens natur och lär sig att bättre hantera stress.

Behandlingsprogrammet upprepas från gång till gång, men är inte anpassat till varje vårdtagare och familjs individuella behov.

De psykopedagogiska familjeinterventionerna kan tillföra mycket även inom den behovsrelaterade behandlingen om de anpassas till varje enskild situation och till varje enskild vårdtagare och familjs behov. Vården bör vara flexibel och öppen för de olika behov som kan finnas, även för vårdtagare och familj som inte passar in i något bestämt behandlingsprogram.

Det är viktigt att ett familjeprogram blir en integrerad del i ett omfattande behandlingsprogram vid en förstagångspsykos. Familjen blir samarbetspartners och det är mycket viktigt att ta reda på familjens speciella behov och anpassa stöd och behandling efter den fas som vårdtagare och familj befinner sig i.⁴⁷

Det som också skiljer sig åt mellan de psykoedukativa programmen och familj/nätverkssamtal ”öppna dialoger”, är bland annat att den senare lägger tonvikten på fasen vid den akuta krisen och att få en bra gemensam planering för fortsatt behandling. I de psykoedukativa programmets förhållningssätt ingår det ofta att bestämma en exakt diagnos och att välja ett behandlingsprogram som passar just den diagnosen. I många av dessa program anses psykosens vara symtom på en sjukdom, men i ”öppna dialoger” ser man psykosens som ett ”möjligt svar i den pågående dialogen”.⁴⁸

ÖPPENVÅRDSMOTTAGNING BJÖRKÄNGEN (ÖVM B)

Metod och förhållningssätt vid förstagångspsykos

På ÖVM B har vi sedan starten 2001, en pågående process med att utveckla och förbättra TIP-teamets arbetsmetoder och förhållningssätt i arbetet angående personer med misstänkt förstagångspsykos och deras familjer/nätverk.

⁴⁶ Seikkula, J. & Arnkil, T.E. 2005.

⁴⁷ Addington, J. et al. 2005.

⁴⁸ Seikkula, J. et al. 2003b.

TIP-teamet är ett tvärprofessionellt team med en bred teoretisk grund, bland annat medicinskt, systemteoretiskt- och psykodynamiskt synsätt, samt kognitivt förhållningssätt.

TIP-teamet följer de grundprinciper som gäller för Fallskärmsprojektet, som beskrevs tidigare på sidan 8. Det innebär alltså ett snabbt omhändertagande, helst inom 24 timmar. Vi möter vårdtagare och närstående utifrån ett krisperspektiv. Familj/närstående involveras snabbt och erbjuds tillsammans med vårdtagare familjesamtal, om möjligt i deras hem, annars på ÖVM B. Om det är möjligt undviks neuroleptika i ett första skede.

Det synsätt som ligger till grund för TIP-teamets arbetsmetod är stress- och sårbarhetsmodellen, (se avsnitt på sidan 7).

Modellen innebär att ett psykosgenombrott ses som en reaktion på en "omöjlig" livssituation. Personen som reagerar på den omöjliga livssituationen har en inbyggd sårbarhet som gör dem benägna att utveckla en psykos.

En psykos kan beskrivas som ett psykiskt tillstånd som innebär ett mindre eller större sammanbrott av verkligheten.

Vid ett psykosgenombrott möter vi vårdtagare och närstående ur ett krisperspektiv. Orden är viktiga och tillsammans med vårdtagare och anhöriga försöker vi förstå och formulera det sammanhang som psykosen är en del av.

Vi försöker alltså hjälpa till med att bidra till att göra det obegripliga begripligt.

Ett brett spektrum av individuellt anpassade behandlingsåtgärder sätts in.

Psykos är ofta en reaktion på en kris. Det kan handla om dödsfall, separation, ändrade levnadsförhållanden, så som att flytta hemifrån eller börja söka sig ut i arbetslivet.⁴⁹ Själva psykosen i sig innebär en kris för den som drabbas, men även för anhöriga och andra närstående. Särskilt viktigt är det att tänka på om det finns små barn i familjen eller småsyskon till vårdtagaren. Vilket stöd eller hjälp behöver dessa barn?

Alla vårdtagare som kommer till ÖVM B får en patientansvarig läkare (PAL), som är ansvarig för den medicinska utredningen och behandlingen. Alla vårdtagare får också en vård och behandlingssamordnare (VOBS), som tillsammans med sjuksköterska tillgodoser den psykiatriska omvårdnaden.

Psykologen erbjuder vårdtagaren individualpsykoterapi, samt gör psykologisk utredning och tester. Arbetsterapeuten gör aktivitets- och funktionsutredningar, sjukgymnasten gör en sjukgymnastisk utredning med bl.a. Basal kroppskännedom. Socionomen gör en psykosocial utredning och träffar vårdtagare och familjen/nätverket i familjesamtal. Familjesamtalen ser mycket olika ut i de varierande familjerna, beroende på vilka behov som familjen har.

De olika insatserna/behandlingarna som medicinering, familjeterapi, individualterapi m.m. anpassas efter den fas vårdtagaren befinner sig i och efter hans eller hennes speciella behov.

⁴⁹ Cullberg, J. 2000; 2004.

Mitt eget förhållnings- och synsätt

I mitt arbete använder jag mig av flera olika teorier och modeller. I grunden har jag ett system- och kommunikationsteoretisk förhållningssätt och använder mig av olika metoder från olika terapeutiska skolor. Från den s.k. Milano skolan är det ibland användbart med t.ex. det cirkulära frågandet och att se till de cirkulära sambanden.⁵⁰ Dessutom är det också användbart med ett socialkonstruktionistiskt och språkssystemiskt synsätt. I det språkssystemiska perspektivet handlar det om att samtal och språk, mening och förståelse blir något som människor gemensamt utvecklar i så kallade samverkande språkssystem. Terapeuten sitter inte inne med lösningar på problemen, utan skapar utrymme där samtal kan pågå och där man arbetar tillsammans med förändring och problemlösning.⁵¹ Det är också användbart med influenser från den narrativa skolan, som menar att människor skapar mening i sina liv och sin tillvaro genom de livsberättelser som vi formulerar om oss själva och andra. Grundtesen är att det inte är personen som är problemet, inte heller att problemet finns i relationen mellan människor, utan att det är själva problemet som är problemet.⁵² Även teorin och modellen med stress- och sårbarhetsmodellen är av stor betydelse i mitt arbete.⁵³

Idén med familjesamtal, har TIP-teamet hämtat från "Fallskärmsprojektet", med en behovsanpassad integrerad vård som Cullberg med flera förespråkar.⁵⁴ Även Seikkulas modell med "öppna samtal" har ett ursprung i den finska motsvarigheten med behovsanpassad vård. Den främsta skillnaden i dessa två olika modeller är att Seikkula har ett starkt nätverksperspektiv.

I Seikkulas modell mobiliseras omedelbart det närmaste nätverket vid misstanke om psykosymtom och all planering och behandling sker tillsammans med vårdtagare och det sociala nätverket. Det finns undersökningar med mycket goda resultat av denna form av behandling.⁵⁵ I Seikkulas modell kan det vara tre till fyra personal som är involverade i behandlingen.

I mitt arbete med vårdtagare och närstående, där det finns misstanke om en psykosutveckling, använder jag mig av ovanstående olika metoder och förhållningssätt. Vid ett psykosgenombrott eller misstanke om psykos, är det viktigt att möta vårdtagare och närstående ur ett krisperspektiv. Orden är viktiga och vi försöker bidra till att göra det obegripliga något mer begripligt. Att tillsammans med vårdtagare och närstående försöka förstå och formulera det sammanhang som psykosen är en del av.

I Seikkulas modell möter man vårdtagare och familjer/närstående i "öppna samtal", lyssnar till olika stämmor/röster och skapar utrymme för möten mellan de olika synvinklarna som kan finnas i en familj. Samtalen och språket skapar nya meningar och skapar nya relationer mellan människor.⁵⁶ Detta förhållningssätt anser jag passar

⁵⁰ Hårtveit, H. & Jensen, P. 2005. Lundsbye, M. et al. 2000.

⁵¹ Anderson, H. & Goolishian, H. A. 1992; Anderson, H. 2006.

⁵² Lundby, G. 2002.

⁵³ Cullberg, J. 2000; 2003; 2004.

⁵⁴ Idem.

⁵⁵ Seikkula, J. et al. 2003b; 2006.

⁵⁶ Seikkula, J. 1996. Seikkula, J. & Arnkil, T.E. 2005. Seikkula, J & Olson, M. E. 2003. Seikkula et al 2003a.

mycket väl in i familjesamtalen med vårdtagare och närstående, där det är viktigt att alla röster och berättelser får lov att komma fram i det gemensamma samtalet.

METODBESKRIVNING FÖR UNDERSÖKNINGEN

Vetenskapliga metoder

I den positivistiska vetenskapsfilosofin uppfattades samhällsvetenskaperna som naturvetenskaper; det bygger på objektiva kvantifierbara data och har en förutsägelse och kontroll av andras beteende som mål.

Idag, i det postmoderna samhället och postmoderna tänkandet, har det skett en utveckling mot filosofiska strömningar som ligger humanvetenskaperna nära, däribland social konstruktion av verkligheten, hermeneutisk tolkning av texters mening och fenomenologisk beskrivning av medvetandet.⁵⁷

Den grundläggande principen i den hermeneutiska tolkningen är användandet av den hermeneutiska cirkeln där det ständigt sker en växling mellan delar och helhet. Det vill säga att utifrån en uppfattning om texten som helhet, tolkas de enskilda delarna och utifrån den tolkningen relateras delarna återigen till helheten och så vidare. Intervjuteksten innehåller därmed både ett skapande och en framförhandlad tolkning av texten. I analysen av intervjuerna skall tolkningen hålla sig till innehållet i uttalandena och söka förstå vad de uttrycker om den intervjuades världsbild.⁵⁸

I det fenomenologiska synsättet försöker man förstå de sociala fenomenen utifrån intervjupersonens egna perspektiv och beskriva världen sådan som den upplevs av intervjupersonen. Man förutsätter att den relevanta verkligheten är vad individen själv uppfattat att den är. Man intresserar sig för individens perspektiv på sin värld, försöker specifikt att beskriva innehåll och struktur i individens tankevärld och försöker förstå den kvalitativa mångfalden i personens upplevelser. Idealet är att lyssna utan förutfattade meningar och låta intervjupersonen beskriva sina upplevelser utan avbrott för frågor. Fenomenologin är ett försök till direktbeskrivning av upplevelsen, att komma fram till förutsättningslösa beskrivningar av berättelser.⁵⁹

Metodval

I min undersökning, där jag använder både en kvantitativ och en kvalitativ metod, har jag som utgångspunkt ett postmodernt tänkande med främst ett fenomenologiskt förhållningssätt. Det postmoderna synsättet framhäver den språkliga och sociala konstruktionen av en social verklighet.

I den kvantitativa metoden har jag använt enkäter med fasta svarsalternativ och öppna frågor. I den kvalitativa metoden har jag valt en metod med så kallat halvstrukturerad intervju. I boken "Den kvalitativa forskningsintervjun"⁶⁰ definierar Kvale den halvstrukturerade intervjun som "*en intervju vars syfte är att erhålla*

⁵⁷ Kvale, S. 1997.

⁵⁸ Idem.

⁵⁹ Idem.

⁶⁰ Kvale, S. 1997. S. 13.

beskrivningar av den intervjuades livsvärld i avsikt att tolka de beskrivna fenomenens mening". I intervjuerna kan man använda sig av olika frågeområden eller teman, med förslag till relevanta frågor. Samtidigt finns det också möjlighet att göra förändringar angående frågornas form och ordningsföljd om det krävs för att följa upp svaren och berättelsen från intervjupersonen.⁶¹ I mina intervjuer har jag använt mig av fyra olika frågeområden med ett antal öppna underfrågor.

Fördelen med den kvalitativa metoden är möjligheten till öppenhet, flexibilitet och nyansrikedomen. Det är en möjlighet att få kunskap om intervjupersonens egna upplevelser och på så sätt få fram personens konstruktion av verkligheten, det är intervjupersonen som definierar vad som är den riktiga förståelsen.

Den kvantitativa metoden är bättre lämpad när man vill vända sig till ett större antal personer och t.ex. undersöka frekvensen eller omfattningen av ett fenomen eller en upplevelse. Den kvantitativa metoden passar också bra när man har ganska god förkunskap om ämnet man undersöker, så att frågor och svar på förhand kan definieras tydligt. Frågorna som ställs och de svarsalternativ som erbjuds måste upplevas relevanta av dem som ska svara.⁶²

I enkäter där det finns frågor med fasta svarsalternativ är det bra att det även finns alternativ med öppna frågor. På så sätt kan man fånga in överraskande synpunkter. Det kan också vara viktigt för svaranden som annars inte upplever att de fått uttrycka vad de ville, genom att endast kunna kryssa i redan färdiga svarsalternativ.⁶³

Det som är en fördel med den ena metoden är ofta en nackdel med den andra metoden. Den kvalitativa metoden har sin styrka i förståelse och närhet, det ger en *hög intern validitet*, d.v.s. det är intervjupersonen som definierar vad som är den korrekta förståelsen. Den kvantitativa modellens styrka har med överblick och avstånd att göra.

Genom metodernas olikheter blir de ett bra komplement till varandra och en kombination av de båda medför många fördelar.⁶⁴

Att jag valde dessa två metoder beror alltså på att jag ville via intervjuer med några vårdtagare och närstående (föräldrar) undersöka deras upplevelser av mötet och insatserna, med fokus på familjesamtal, som de erhållit på ÖVM B. I en kvalitativ intervju kan kunskap konstrueras genom ett samspel av parterna i intervjun, det blir ett utbyte av synpunkter mellan två personer som har ett gemensamt intresse i ämnet.

"Den kvalitativa intervjun är en unik känslig och kraftfull metod för att fånga erfarenheter och innebörder ur undersökningspersonernas vardagsvärld. Genom intervjun kan de förmedla sin situation till andra ur ett eget perspektiv och med egna ord".⁶⁵

⁶¹ Kvale, S. 1997.

⁶² Jacobsen, D. I. 2007.

⁶³ Idem.

⁶⁴ Jacobsen, D. I. 2007.

⁶⁵ Kvale, S. s. 70. 1997.

Jag ville också få en större överblick och ett ramverk, där familjesamtalen är en del i sammanhanget. Därför vände jag mig också till ett större antal vårdtagare och närstående. För att detta skulle vara möjligt att genomföra, både praktiskt och tidsmässigt, valde jag en kvantitativ modell med enkäter.

Urval/ målgrupp

Kvantitativ metod

I den kvantitativa undersökningen skickade jag ut enkäter till alla vårdtagare som blev aktuella i TIP-teamet under åren 2006 och 2007, på grund av misstanke om förstagångspsykos. Jag valde dessa senaste årtal eftersom jag tänkte att det var lättare för respondenterna att svara på frågorna när allt är i "färskt minne". Jag begränsade urvalet till två år, eftersom materialet kunde bli för omfattande om fler årtal skulle ingå. Förutom vårdtagare, skickades enkäter också till deras närstående som deltagit i behandling eller varit i kontakt med TIP-teamet.

Alla enkäter besvarades anonymt.

Under år 2006 var det 15 vårdtagare och under år 2007 11 vårdtagare som varit i kontakt med TIP-teamet.

Totalt var det alltså 26 personer som blev aktuella med misstanke om förstagångspsykos.

Av dessa 26 personer var det två personer som remitterades direkt till en annan mottagning, på grund av att det genast framkom att de hade en problematik som inte tillhörde psykosmottagningen.

Av de kvarstående 24 vårdtagarna var en person omhändertagen via kriminalvården, en person inlagd på psykiatriska kliniken enligt LPT (Lagen om psykiatrisk tvångsvård) och en person hade suiciderat.

Kvar blev det 21 personer som kunde bli aktuella för undersökningen. Av dessa 21 personer var det 6 personer som redan när de första gången kom till TIP-teamet, uttryckte att de inte ville att deras anhöriga skulle kontaktas eller medverka i behandlingen. Enkäter skickades därför inte till dessa anhöriga.

Enkäter skickades till 21 vårdtagare och till 28 närstående, totalt 49 personer.

De 28 närstående bestod av: 11 mödrar, 11 fäder, 5 syskon och 1 maka.

De 21 vårdtagarna bestod av: 5 kvinnor och 16 män.

Kvalitativ metod

I den kvalitativa undersökningen gjorde jag ett medvetet urval av vårdtagare och deras närstående. Kriterierna som jag hade var att de skulle ha deltagit i minst fem familjesamtal och att behandlingen med familjesamtal skulle vara avslutad. Att familjerna skulle ha deltagit i minst fem familjesamtal var för att det skulle ha hunnit utvecklas en process i samtalen. Att familjesamtalen skulle vara avslutade var utifrån etiska och moraliska perspektiv. Varken familjerna eller jag skulle troligtvis ha känt oss "fria" i intervjun om det samtidigt pågick en behandling i familjesamtal.

Från fyra familjer deltog, fem föräldrar och fyra vårdtagare. Ytterligare en familj var tillfrågad, men de lämnade aldrig besked om deltagande, varvid jag efter några ofrukt samma försök tolkade det som att de inte ville delta.

Antalet familjesamtal i de olika familjerna varierade mellan sju och 18 st. Tiden från det att familjesamtalen avslutades och fram till intervjun varierade från sex månader till ca.2,5 år.

Föräldrarna, två mödrar och tre fäder, var i åldern mellan 45 och 65 år. Vårdtagarna, en kvinna och tre män, var i åldern mellan 20 och 34 år.

Planering

Enkäter

Under våren 2008 började jag formulera och skriva frågor till enkäterna. Jag tog hjälp från några arbetskamrater för att få förslag och synpunkter på frågorna som jag tänkte ha med i enkäterna. Tillsammans med enkäterna fanns ett följebrev,⁶⁶ där jag presenterade mig och mitt syfte med undersökningen. Dessutom informerade jag om att enkäten besvarades anonymt och att den inte gick att härleda till någon enskild person eller familj. I de fall som vårdtagaren inte hade godkänt att närstående deltog i deras behandling, skickades heller inga enkäter till dem.

Jag gjorde en enkät riktad till vårdtagare⁶⁷ och en enkät riktad till närstående⁶⁸. Frågorna var desamma, bara ställda till de olika kategorierna. I brevet med enkäterna skickade jag med ett frankerat svarskuvert.

Intervjuer

När det gällde vårdtagare och familjer som jag valde ut för intervjuer, började jag under maj månad 2008, att först kontakta vårdtagaren per telefon. Jag förklarade syftet och min tanke med intervjuerna. Alla vårdtagare, utom en, svarade med en gång att de ville delta. En person ville fundera några dagar först och tackade sedan ja till att delta.

Jag frågade därefter om vårdtagaren accepterade att jag även intervjuade föräldrarna. Dessutom frågade jag om vårdtagaren ville att jag skulle ringa upp föräldrarna, eller om han/hon själv ville tala med sina föräldrar. Alla vårdtagare ville själva tala med sina föräldrar först. Vi kom därefter överens om ett datum när jag skulle återkomma till vårdtagaren för att höra efter hur föräldrarna ville göra. När jag sedan fick besked från vårdtagaren om föräldrarna ville delta, ringde jag upp dem som ville vara med och bokade tid för intervjun.

⁶⁶ Se bilaga 1, Brev till enkät.

⁶⁷ Se bilaga 2, Enkät till vårdtagare.

⁶⁸ Se bilaga 3, Enkät till närstående.

Genomförande

Enkäter

Under våren skickade jag ut enkäter till all personer i den utvalda gruppen. I enkäterna hade jag skrivit ett senaste datum för att skicka tillbaka dessa. Två veckor efter senaste svarsdatum, skickade jag ut ett påminnelsebrev⁶⁹. Eftersom enkäterna besvarades anonymt, var jag tvungen att skicka påminnelsebrev till alla som jag tidigare hade skickat enkäter till. Efter senaste svarsdatum fortsatte det att "droppa in" enkäter lite då och då. Det innebar att jag för säkerhetsskull avvaktade en tid så att alla hade svarat som önskade göra så, innan jag började bearbeta materialet.

Intervjuer

Alla intervjuer, både med vårdtagare och föräldrar, genomfördes individuellt, och varierade mellan 1 timme och 1 timme och 30 minuter. Alla intervjuer, utom en, genomfördes på ÖVM B. En intervju genomfördes på en förälders arbetsplats, ett kontor.

Jag valde att göra intervjuerna individuellt för att ge möjlighet för var och en att tala fritt och för att undvika risken med att bli påverkad av någon annan.

Den första kontakten med vårdtagaren per telefon för att fråga om de ville delta i intervjun, fungerade mycket bra, alla utom en blev direkt intresserade av att delta. För att ge möjlighet till vårdtagaren att i lugn och ro tänka över om de ville delta, föreslog jag att jag skulle ringa åter efter några dagar. Endast en av fyra ville detta, de andra uppgav att de inte behövde någon betänketid.

Det var också vårdtagarna själva som fick bestämma om och hur kontakten med föräldrarna skulle ske. Det kanske kan ses som en nackdel med att jag inte själv först fick informera och berätta om syftet med undersökningen för föräldrarna, men att göra på något annat sätt ansåg jag skulle vara oetiskt och inte respektfullt. Att vårdtagarna själva ville tala med sina föräldrar innebar att när jag fick veta av vårdtagaren vilka föräldrar som ville delta, var de redan intresserade och motiverade att delta i intervjun när jag ringde upp dem. När endast en förälder av två i en familj ville delta i intervjun, förklarade jag att den andre föräldern också var välkommen till en intervju om personen ångrade sig. Detta inträffade emellertid inte.

Innan intervjuerna hade jag formulerat en intervjuguide.⁷⁰ I denna fanns ett antal frågeområden eller teman som var relevanta för undersökningen samt ett antal öppna underfrågor.⁷¹ Frågeområdena som jag hade valt var; förväntningar, upplevelse av mötet med vården, resultat av alla behandlingar/insatser och nytta av familjesamtal. Kopplat till varje frågeområde fanns ett antal underfrågor. Intervjuguiden användes vid alla intervjuer, men vid en del tillfällen fick vissa frågor förtydligas och omformuleras. Eftersom intervjupersonerna gav olika svar blev även uppföljningen av en del svar lite olika gällandes de olika personerna.

⁶⁹ Se bilaga 4, Påminnelsebrev.

⁷⁰ Se bilaga 5. Intervjuguide.

⁷¹ Kvale, S.1997

Då mitt största intresse var runt familjesamtalen, lade jag störst tyngdpunkt med frågor runt dessa, i intervjuerna.

I intervjuerna med vårdtagare och närstående, var det användbart med det förhållningssätt som jag även använder i familjesamtalen. Det innebär bland annat att det är viktigt att tillsammans skapa möjlighet för en dialog och att lyssna till intervjupersonens egen unika berättelse.

Forskarroll

Som socionom i TIP-teamet, har jag träffat alla intervjupersonerna i familjesamtal, vilket kan innebära fördelar, men även nackdelar. Jag ansåg att det skulle bli svårt med att finna en utomstående intervjuare, dels på grund av sekretessen men också på grund av svårigheten med insamlandet av materialet. Genom att själv göra intervjuerna kunde jag fånga upp viktiga detaljer eller fråga vidare om det fanns oklarheter under intervjun. Mötet med intervjupersonerna blev också ett återseende, vi hade tidigare träffat varandra i familjesamtalen och därmed var vi redan bekanta med varandra. Man kan också tänka att det kunde vara en nackdel att jag gjorde intervjuerna som också hade varit deras behandlare i familjesamtalen. Med en utomstående okänd intervjuare skulle intervjupersonerna kanske varit mer frispråkiga och uttryckt mer negativa åsikter. Eller så hade de varit mer försiktiga i sina uttalanden eftersom de då talade med en okänd person som de inte hade haft någon relation till.

Att utvärdera sin egen verksamhet kan vara problematiskt, men det kan under vissa omständigheter vara en fördel. Om man har ett lärande kunskapsintresse där man undersöker individers livssituation och förändringsbehov, vilka insatser som görs samt vilka förändringar som sker i individens liv och i en utvärdering kopplar dessa insatser och resultat till verksamhetens syfte och målsättning för de berörda individerna, kan det vara en fördel med en intern utvärderare.⁷² *"Här kan det tvärtom vara tveksamt med externa utvärderare som vanligen saknar personalens professionella kompetens, erfarenhet och engagemang för berörda människor".*⁷³

Analysmetod

I en intervjuundersökning är analysen ingen isolerad företeelse utan den genomsyrar och pågår under hela undersökningen. Genom att intervjuaren ställer tematiska frågor i början av undersökningen och följer upp dem via planering, intervjuer samt utskrift, blir analysuppgiften en central del under hela processen.

Under intervjun koncentrerar och tolkar intervjuaren det som intervjupersonen beskriver, varvid denne har möjlighet att direkt bekräfta eller förkasta intervjuarens tolkning. Det blir då en möjlighet till en "självkorrigerande" intervju. I det fortsatta arbetet med utskriften från intervjuerna fortsätter analysprocessen. Vanligtvis struktureras först det stora komplexa intervjumaterialet inför analysen. Därefter görs en kartläggning av materialet så det blir tillgängligt för analys t.ex. att ta bort

⁷² Sandell, G. 2007.

⁷³ Sandell, G. 2007. s.85.

överflödigt material som avvikelser och upprepningar. Till slut, under själva analysarbetet, framträder innebörder i intervjun, intervjupersonens egna uppfattningar klarläggs och ger intervjuaren nya upplevelser av företeelser.⁷⁴

I min undersökning finns resultat och analyser med från både den kvantitativa metoden (enkäter) och från den kvalitativa metoden (intervjuer). Det innebär att analysmetoden varierar beroende på metoden för undersökningen.

I bearbetandet av enkäterna har jag sammanställt frågorna med fasta svarsalternativ till diagram, uppdelat på vårdtagare och närstående. För att kunna analysera de öppna frågorna i enkäterna har jag sammanställt svaren i olika teman.⁷⁵ I vissa frågor har det varit för få svar för att kunna göra en tematisering, jag har då valt att ta med något exempel på svar med ordagranna citat från respondenten.

Dessutom har jag letat efter svar som "stack ut" eller var annorlunda på något sätt. Detta för att jag tycker att det var intressant att kunna belysa en bredd och mångfald av de erhållna svaren. I resultatsammanställningen och analysen har jag tagit med ordagranna citat från de olika respondenterna.

Efter resultatanalysen gjorde jag en jämförelse mellan vårdtagare och närstående för att få fram likheter och olikheter, teman och mönster.

I den kvalitativa metoden med en fenomenologisk ansats i intervjuerna, hade jag valt ut fyra teman eller frågeområden, som jag ville undersöka närmare.

I intervjuerna med vårdtagare och närstående, som gjordes individuellt, spelade jag in alla intervjuer med en digitaldiktafon. Via ett program på datorn förde jag därefter över intervjuerna till en fil på datorn. Jag skrev ordagrant ut varje intervju på datorn. När alla utskrifter var klara delade jag materialet i två grupper, en för vårdtagare och en för närstående. Bearbetningen av materialet gjordes därefter med var grupp för sig.

I intervjuerna hade jag fyra frågeområden med ett antal underfrågor. I utskrifterna från intervjuerna letade jag efter stycken och meningar som hörde till de olika frågeområdena. Jag bestämde en färg för varje område och strök med dessa färger under de olika styckena och meningarna som tillhörde de olika frågeområdena. Därefter sammanställde jag allt material som tillhörde respektive område. Från de olika sammanställningarna letade jag efter teman och mönster samt svar som "stack ut" på något sätt. I resultatsammanställningen och analysen från intervjuerna, jämförde jag teman, likheter och olikheter mellan vårdtagare och närstående. Då jag hade störst intresse och fokus runt frågeområdet med "nytta av familjesamtal", lade jag en större tyngdpunkt på dessa i intervjuerna och i resultatanalysen.

Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet

För att en undersökning skall ha hög reliabilitet, d.v.s. hög tillförlitlighet eller pålitlighet, bör detta uppmärksammas under hela undersökningsprocessen. Det som kan inverka på reliabiliteten kan vara faktorer så som vilka slags frågor intervjuaren ställer, på vilket sätt de ställs, intervjupersonens påverkan av själva intervjun eller att intervjuaren gör felaktiga analyser. Generellt kan man säga att reliabiliteten i hög

⁷⁴ Kvale, S. 1997.

⁷⁵ Jacobsen, D. I. 2007.

utsträckning beror på hur pass väl undersökningen är genomförd.⁷⁶ Ett sätt att öka reliabiliteten är att ge exempel på det material som man har använt i undersökningen, t.ex. citat från respondenterna samt redogöra för de olika stegen i analysprocessen.⁷⁷

I min undersökning har jag försökt att under hela processen ha undersökningens syfte och frågeställningar i åtanke. Med utgångspunkt från dessa frågeställningar har jag sökt information från vårdtagare och närstående via enkäter och intervjuer. I intervjuerna har jag följt samma intervjuguide med underfrågor till alla intervjupersoner, vilket också medverkar till reliabiliteten. Alla intervjupersoner har fått samma frågor, även om vissa förtydligande fick göras till några personer. Jag spelade in alla intervjuer och vid utskrifterna kunde jag göra omlyssningar om jag blev osäker på något som sades i intervjun. I sammanställningen och resultatanalysen har jag tagit med ordagranna citat från intervjupersonerna, vilket också bidrar till att öka reliabiliteten.

Då det endast var jag själv som skrev ut alla intervjuer fanns det heller ingen risk att en annan person skulle uppfatta eller göra annorlunda vid utskrift av intervjun. När det gäller validitet, d.v.s. giltighet, har det i ordböcker att göra med sanning och riktighet i ett yttrande. I undersökningar brukar det användas i betydelsen av förmågan att mäta det man avser att mäta. Liksom vid reliabiliteten bör också tanken om validitet, om man mäter det man avser att mäta, finnas med under hela forskningsprocessen. Man kan säga att validitet är en kvalitetskontroll som pågår under hela kunskapsproduktionens samtliga stadier.⁷⁸ Att redan från planeringen ha en tanke om metoden för undersökningen, så att kunskap kan erhållas utan att göra någon skada för intervjupersonen. Under intervjun är det viktigt med tillförlitligheten hos intervjupersonen, men också kvaliteten i själva intervjuandet. Man bör ha i åtanke om man fått rätt information från intervjupersonen samt om tolkningen av uppgifterna görs på rätt sätt. Man kan säga att valideringen påverkas av den hantverksskicklighet som utvecklas under undersökningen, med ett pågående kontrollerande, ifrågasättande och teoretiskt tolkande av upptäckterna.⁷⁹

För att stärka den interna valideringen kan man jämföra de egna slutsatserna med andra undersökningar. Om det överensstämmer med en eller fler andra undersökningar kan man säga att valideringen styrks, men det säger inget om sanningen i den egna undersökningen. När två undersökningar som är oberoende av varandra, där man använder olika undersökningsmetoder, ger samma slutsatser anses det att validiteten har styrkts ytterligare.⁸⁰

När det gäller den externa validiteten kan man syfta på två skilda förhållanden, nämligen om empirin går att generalisera till en teoretisk nivå, och/eller om de resultat som man har erhållit även gäller en större grupp och kanske även en större tidsram än den man har undersökt. Går det att generalisera fynden och hur säkra är

⁷⁶ Jacobsen, D. I. 2007.

⁷⁷ Kvale, S. 1997.

⁷⁸ Kvale, S. 1997.

⁷⁹ Idem.

⁸⁰ Jacobsen, D. I. 2007.

dessa generaliseringar? Man kan säga att det är de tre faktorerna; reliabilitet, intern validitet och extern validitet som tillsammans utgör undersökningens totala validitet.⁸¹

Etiska aspekter

Etiska aspekter är något som pågår under hela forskningsprocessen. Det är inte något enskilt som sker vid något speciellt tillfälle. Det är viktigt att etiska frågor tas under övervägande redan från undersökningens början fram till slutrapporten.⁸² ”*En intervjuundersökning är ett moraliskt företag: det personliga samspelet i intervjun inverkar på den intervjuade, och den kunskap som frambringas genom intervjun inverkar på vår förståelse av människans situation*”.⁸³

Det är viktigt att hela tiden själv försöka ha med det etiska perspektivet och vara varsam med de förtroenden och den personliga informationen som man som intervjuare kan få ta del av samt tänka på hur känslig information skall tas hand om och följas upp.

Det finns inga tydliga regler eller lösningar för etiska problem som kan uppstå under en intervju, men det finns vissa allmänna etiska riktlinjer, så som; *informerat samtycke, konfidentialitet och konsekvenser*.

Informerat samtycke innebär att man informerar intervjupersonen om undersökningens allmänna syfte och hur undersökningen i stort är upplagd, vilka risker och fördelar som kan finnas med att delta i undersökningen. Dessutom innebär det också att intervjupersonen deltar frivilligt i undersökningen och har rätt att dra sig ur när som helst.⁸⁴

I min undersökning informerade jag alla intervjupersoner om syftet med undersökningen och upplägget i stort samt gav utrymme till frågor. Intervjupersonerna fick också information att deltagandet var helt frivilligt .

Konfidentialitet betyder att privat data som kan identifiera intervjupersonen inte kommer att redovisas. Det är viktigt att skydda intervjupersonernas privatliv vid redovisningen av intervjuerna. Detta kan göras genom att förändra namn och identifierande drag hos intervjupersonen.⁸⁵

Jag talade om för alla intervjupersonerna att de skulle komma att vara helt anonyma i studien. Det innebär att specifika uppgifter så som namn, ålder och yrke för varje person inte är redovisade i studien. Specifik identitet och arbetsplats för de olika personerna har heller inte varit relevant för min undersökning.

Konsekvenser innebär att effekterna av en intervjuundersökning måste beaktas. Det gäller både den möjliga skadan, som de förväntade fördelarna för intervjupersonen

⁸¹ Idem.

⁸² Kvale, S. 1997.

⁸³ Idem.

⁸⁴ Kvale, S.1997.

⁸⁵ Idem.

med att delta i en undersökning. Undersökningen skall leda till ny och förbättrad kunskap, där de som deltar inte skall utsättas för onödiga risker.⁸⁶

RESULTAT

I min undersökning finns resultat med från både enkäter och intervjuer. Först kommer jag att presentera resultaten från enkäterna och inleder med vårdtagarna och fortsätter sedan med närstående. Därefter presenteras resultaten från intervjuerna. Även här presenteras först vårdtagarna och därefter presenteras närstående.

Enkäter

Enkäter för vårdtagare (se bilaga 2)

Enkäter skickades till 21 vårdtagare.

Av de 21 vårdtagarna svarade 8 personer (2 kvinnor och 6 män).

Svarsfrekvensen var alltså 38 % och bortfallet därmed 62 %.

Bortfallet bestod av 3 kvinnor och 10 män.

Resultat av "rådata"

3 vårdtagare hade påbörjat behandlingen 2006 och 5 vårdtagare hade påbörjat behandlingen 2007 på ÖVM B. Av dessa 8 personerna var det 3 som hade avslutat kontakten på ÖVM B; 2 personer hade avslutat kontakten under 2007 och 1 person under 2008.

På frågan om vilka insatser/behandlingsåtgärder som vårdtagare har deltagit i, anges följande; av totalt 8 personer har:

- 6 personer deltagit i läkarbesök, psykologsamtal och familjesamtal.
- 5 personer har deltagit i sjukgymnastikbehandling.
- 4 personer har erhållit medicinsk behandling och kontakt med VOBS (vård och behandlingssamordnare).
- 2 personer har deltagit i arbetsterapeutbehandling.

Det kan vara svårt att dra några slutsatser av dessa uppgifter, dels är det ett fåtal som har svarat och dels väcker en del svar, eller snarare uteblivna svar, en del frågetecken. Till exempel när vårdtagare första gången kommer till ÖVB, får alla vårdtagare ett läkarbesök och det utses en VOBS. I enkätsvaren framgår det inte att alla patienter har fått dessa insatser.

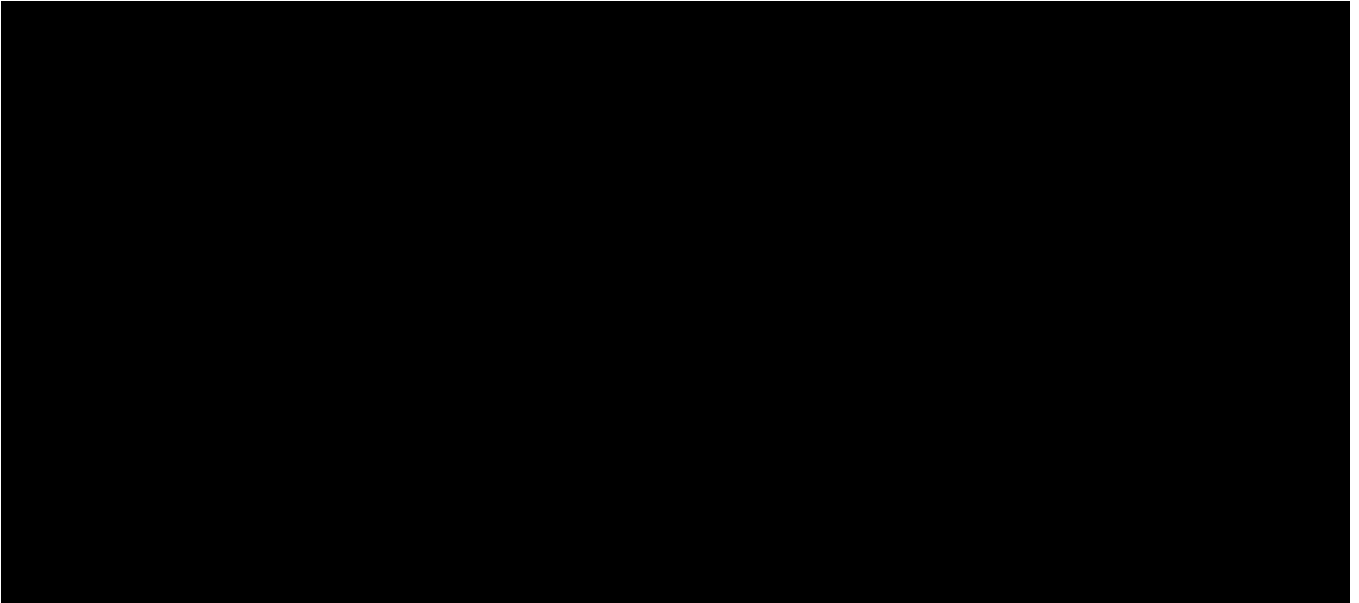
På frågan om insatser som man vill ha mer av eller förändra, går det inte att utläsa något generellt svar eller någon entydig önskan, då det är så få som har svarat på enkäten.

Två personer skriver att de vill ha mer läkarkontakt, för övrigt är det individuella önskingar med t.ex. hypnosbehandling, kognitiv beteendeterapi och mer samtalskontakt.

⁸⁶ Idem.

Resultatsammanställning

Svar på frågorna med fasta svarsalternativ redovisas i nedanstående diagram (se bilaga 2, Enkät för vårdtagare).



I diagrammet kan man utläsa att en övervägande del instämmer helt i att de har haft möjlighet att komma i kontakt med personal på ÖVM B. Enstaka personer instämmer delvis eller har ingen uppfattning.

De flesta instämmer helt i att de upplever att de har bemötts med omtanke, respekt och vänlighet och drygt en tredjedel anser att detta stämmer delvis.

När det gäller delaktighet i planering och genomförandet av vården är det drygt en tredjedel som anser att det stämmer helt och drygt en tredjedel som anser att det stämmer delvis. Två personer anser att det stämmer dåligt.

När det gäller information om sjukdom/diagnos och behandlingsmöjligheter anser drygt en tredjedel att det stämmer helt. Hälften anser att det stämmer delvis och en person anser att det stämmer dåligt.

Att behandlingen har gett önskat resultat är det hälften som instämmer helt i, de övriga delar sig mellan två som anser att det stämmer delvis och två som anser att det stämmer dåligt.

Drygt en tredjedel instämmer helt i att familjesamtalen har varit till nytta. Några personer instämmer delvis. En person anser att det stämmer dåligt och två personer har ingen uppfattning (på grund av att de inte har deltagit i familjesamtal).

När det gäller nöjdhet med all vård/ behandling som getts, instämmer de flesta helt i detta. Några personer anser att det stämmer delvis och en person att det stämmer dåligt.

Resultatsammanställning

(se bilaga 2, enkät för vårdtagare)

Vilka var dina förväntningar när du kom till ÖVM B?

Majoriteten säger att de ville få hjälp med att bli bra, att få hjälp med sina problem.

"Att komma i kontakt med någon på Björkängen och få rätt behandling för att bli frisk".

"Att de skulle lyssna på mig och hjälpa mig ta itu med mina problem".

Två uppger att de inte hade några förväntningar.

Om förväntningarna inte uppfylldes, vad skulle du vilja förändra/förbättra?

Här fanns endast ett fåtal och korta svar, men det som uppgavs var:

"Att gå längre".

"Mer framsteg, det känns som om det trampades vatten en hel del".

Om du inte känt dig delaktig i planeringen och genomförandet av din vård, vad anser du då behöver förbättras/förändras?

Även här är det endast några få som har svarat. Det som anges är att man vill bli mer delaktig i planeringen samt erhålla bättre information om behandlingen.

"Låta mig bli mer delaktig".

"Bättre information om hur behandlingen ska utvecklas möjligtvis"

Vilket resultat tycker du att behandlingen har gett?

De flesta uppger att det har blivit ett positivt resultat, det vill säga en positiv förändring. Det handlar till exempel om en ökad självinsikt och större förståelse om sig själv.

"Det har gett mig delvis en ny syn på livet, vad som är viktigt och att allt inte är perfekt".

"Det har gett mig mer förståelse för mina diagnoser och jag behöver inte känna mig så vilsen"

Några personer anser att det endast har blivit en marginell skillnad, ingen större förändring.

"3 poäng av 10".

"Känner mig väl något bättre nuförtiden, åtminstone emellanåt. Annars är det inte direkt någon märkbar skillnad".

Om du deltar/har deltagit i familjesamtal, vad är/har varit bra eller mindre bra med dessa?

De flesta uppger att det har varit positivt med familjesamtal. Man nämner bland annat att det är bra att hela familjen har fått en ökad förståelse för varandra.

"Det är bra att vi i familjen har fått mer insikt i hur vi tycker, tänker och mår".

Det nämns också att det är bra att närstående får ett stöd.

"Jättebra att jag och min familj blev erbjuden. Tyvärr bor de på andra sidan Sverige, så det blev lite krångligt med resor. Bra för närstående med stöd från andra, än att bara få höra en berättelse från ett håll".

En person tyckte att det var bra, men att de gick för kort tid.

En person tyckte inte att det gav något direkt.

Om du tycker att något var mindre bra i familjesamtalen, vad skulle du vilja förändra?

Här är det endast två personer som har svarat. En ansåg att det var för få samtal.

"Fick bara gå fem gånger. Dom avslutade det, inte jag".

Den andre personen önskade någon form av uppföljningssamtal.

Hur mår du idag?

Här svarade alla åtta personerna. Alla utom två uppgav att de mår mycket bättre. Det som nämns som positivt är den egna utvecklingen.

"Jag mår bra, håller på och pluggar och håller på att bygga upp det sociala livet"

"Jag mår mycket bättre än förra året, har initiativ och motionerar två gånger i veckan".

Två personer uppger att de inte mår så bra.

"Jag mår inte speciellt bra, det är ungefär som när jag började på Björkängen".

"50-50."

Enkäter för närstående (se bilaga 3)

Enkäter skickades till 28 närstående.

Av de 28 närstående svarade 15 personer (7 mödrar, 6 fäder och 2 syskon).

Svarsfrekvensen var 54 % och bortfallet var därmed 46 %.

I bortfallet som bestod av 13 personer, var könsfördelningen jämt fördelad mellan föräldrarna med 4 mödrar och 5 fäder. De resterande personerna i bortfallet var 3 syskon och 1 maka.

I enkäten fanns det frågor med fasta svarsalternativ som alla utom två personer hade fyllt i. Det fanns också öppna frågor där personen själv kunde utveckla och skriva mer omfattande svar. Det visade sig dock att det var få personer som svarade på dessa öppna frågor och det var också få personer som hade gett mer utförliga svar.

Resultat av "rådata"

På frågan om vilka insatser/behandlingar som anhörig har deltagit i anges följande; av totalt 15 personer har:

- 12 personer deltagit i familjesamtal.
- 4 personer har deltagit i anhörigsamtal och samtal hos psykolog.
- 3 personer har deltagit i läkarbesök.

Två anhöriga uppger att de deltog endast vid ett familjesamtal respektive anhörigsamtal, eftersom deras barn valde att föräldrarna inte skulle ha någon kontakt med ÖVM B.

På frågan om insatser som man vill ha mer av eller förändra, har endast ett fåtal personer svarat.

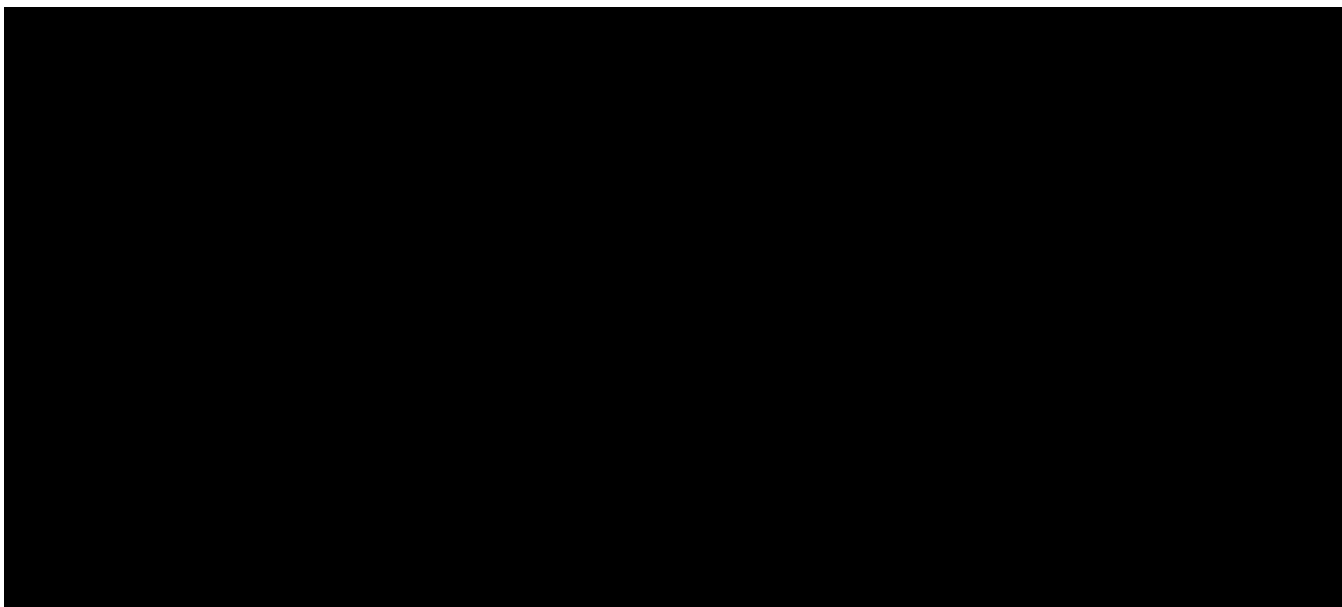
En person efterlyser mer krisstöd för föräldrarna.

Två personer vill ha mer information och kontakt med all den personal som träffar deras barn.

En förälder tar upp svårigheten som blir när barnet är myndigt och motsätter sig förälderns inblandning.

Resultatsammanställning

Svar på frågorna med fasta svarsalternativ redovisas i nedanstående diagram (se bilaga 3, Enkät för närstående). Av de 15 som svarade, var det två personer som inte svarade på dessa frågor, alltså redovisas svar från 13 personer.



I diagrammet kan man utläsa att knappt en tredjedel instämmer helt i att de har haft möjlighet att komma i kontakt med personal på ÖVM B . Knappt hälften instämmer delvis i detta och några personer har ingen uppfattning.

Nästan alla instämmer helt i att de har bemötts med omtanke, respekt och vänlighet. Några personer instämmer delvis i detta.

När det gäller delaktighet i planeringen och genomförandet av vården, blir det en mer splittrad bild. Endast en person instämmer helt och drygt en tredjedel instämmer delvis. Av de övriga är det fem personer som har en mer negativ bild med stämmer dåligt och stämmer inte. Två personer har ingen uppfattning.

Några personer anser att det stämmer helt att de fått information om diagnos och behandlingsmöjligheter. Två tredjedelar anser att detta stämmer delvis. En person anser inte att det stämmer och en person har ingen uppfattning.

När det gäller önskat resultat av behandlingen, uppger knappt en tredjedel att det stämmer helt. Hälften anser att detta stämmer delvis. Enstaka personer uppger att det inte stämmer eller har ingen uppfattning.

Angående nyttan av familjesamtal uppger knappt en tredjedel att det stämmer helt. Knappt hälften anser att det stämmer delvis . En person anser att det stämmer dåligt och två har ingen uppfattning.

När det gäller nöjdhet med all vård/ behandling som har getts, uppger hälften att det stämmer helt. Knappt en tredjedel anser att det stämmer delvis. Endast en person anser inte att det stämmer och en person har ingen uppfattning.

Resultatsammanställning

(se bilaga 3, enkät för närstående)

Vilka var dina förväntningar när du kom till öppenvårdsmottagning

Björkängen?

Här var det många blandade svar. Två teman gick att urskilja. Ett tema var att man förväntade sig information om sjukdomen och behandlingen samt att etablera en kontakt med personalen som deltog i behandlingen.

"Jag hoppades få svar på mina frågor angående min brors sjukdom och behandling".

"Etablera en kontakt med dem som skulle jobba vidare med min dotter och få en inblick i vad som skulle ske, samt information om sjukdomen (prognos - hur kan den ta sig uttryck etc.)".

Det andra temat var att de anhöriga själva och familjen skulle få hjälp och stöd att hantera situationen.

"Att vi skulle få hjälp inom familjen att hantera situationen".

"Att få stöd och råd när min anhörige mådde dåligt personligen".

Om dina förväntningar inte uppfylldes, vad skulle du vilja förändra/förbättra?

Här var det endast ett fåtal svar. Det uppgavs:

"Jag vill ha mer information"

"Större kompetens hos personalen (läkare) att klara av en uppstudsigt tonåring".

Om du inte känt dig delaktig i planeringen och genomförandet av din anhöriges vård, vad anser du då behöver förbättras/förändras?

Ett tema som majoriteten tar upp, är att de vill ha mer information, till exempel ta del av utredningar och få information om vilka framsteg som görs. Dessutom vill man också få träffa de olika behandlarna som deltar i vården.

"Vi som anhöriga behöver få mer information. Vi hade det under tiden på BUP. Vi vet knappt vilka personer han träffar och vilka uppgifter de har, han träffar tre, fyra personer regelbundet".

Ett annat tema som några nämner är svårigheten som kan uppstå när "barnet" blir eller är myndigt.

"Vården och stödet till barnet har varit bra, men mitt barn blev myndigt. Man ställs utanför när barnet växer upp och man får ju bara veta det som "barnet" väljer att berätta, men oron som man känner som förälder finns ju kvar".

Vilket resultat tycker du att behandlingen har gett?

I stort sett alla säger att det har blivit ett positivt resultat. Man ger olika svar på vad det kan innebära, till exempel bättre självförtroende, mer insikt och förbättrade familjerelationer.

"Jag är nöjd, min anhörige mår bättre. Han har fått mer insikt och det har förbättrat familjerelationerna".

"Att vi kan hantera olika situationer bättre. Att vår son har fått bättre självförtroende".

En person var missnöjd över insatserna från psykiatrin.

"Läkare och psykolog fick upp henne ur sängen = bra! Efter två träffar till, inskrivning på avdelning och behandlingen där var under all kritik".

Om du deltar/har deltagit i familjesamtal, vad är bra eller mindre bra med dessa?

De flesta uppger att det har varit positivt med familjesamtal. Man beskriver att det har hjälpt familjemedlemmarna att bättre kunna kommunicera med varandra och lyssna på varandra.

"Har varit mycket värdefullt allting. Problem lyftes upp på ett bra sätt. Vi har fått förståelse för det mesta. Vi kan hantera problem på ett bra sätt".

"Det är bra att man kan få en öppen dialog".

Två personer uppger att de bara deltog någon enstaka gång i familjesamtal och att det inte ledde till något.

Om du tycker att något var mindre bra i familjesamtalen, vad skulle du vilja förändra?

Här var det endast två personer som svarade. En svarade *"vet inte"* och den andre hade ingen uppfattning eftersom personen endast hade deltagit i ett samtal.

Hur tycker du att din anhörige mår idag?

Alla, utom en person, uppger att deras anhörige mår bättre eller mycket bättre.

"Han mår bra, vågar göra saker, har lättare att kommunicera och visa känslor".

"Han mår mycket bättre och vi med. Han har börjat arbeta".

Ett tema som några tar upp är att trots att det är bättre, är det fortfarande en bit kvar till helt bra.

"Min bror gör små framsteg. Han mår mycket bättre nu, jämfört med förra året.

Hoppas att han fortsätter på detta sätt och återkommer till ett socialt liv med arbete".

En person uppger att den anhörige fortfarande inte mår bra.

"Dåligt, låst i sitt tänkande, dåligt självförtroende, vill inte arbeta eller studera, vill inte ha hjälp".

Resultat och tematisering, Intervjuer

Den kvalitativa undersökningen med intervjuer var ett bra komplement till den kvantitativa undersökningen med enkäter. I intervjuerna fanns möjlighet till att fördjupa undersökningen, att intervjupersonerna kunde utveckla och berätta mer om sina tankar och upplevelser. Jag kunde också utveckla och fråga mer runt familjesamtalen, som var av störst intresse för mig i min undersökning.

I intervjuerna deltog fyra vårdtagare och fem föräldrar. Jag börjar med att presentera resultat och analyser från intervjuerna med vårdtagarna. Därefter presenterar jag resultat och analyser från intervjuerna med närstående (föräldrar).

Intervjuerna följer frågeområdena i intervjuguiden; förväntningar, mötet med vården på ÖVM B, resultat av alla insatser/behandlings, nytta av familjesamtalen. Det är också under dessa teman som jag redovisar resultaten i undersökningen. Temat med nytta av familjesamtalen har jag fördjupat mig mer i och därmed är också redovisningen mer omfattande av detta tema med fler underrubriker.

Vårdtagare

Förväntningar

I intervjuerna kunde man utläsa två teman.

Det ena temat handlade om att få egen förståelse och insikt om sig själv, för att på så sätt kunna må bättre.

"Att jag skulle få någon förståelse för det som hände mig. Ja, att bli hjälp helt enkelt. Ja, alltså jag hade mina vanföreställningar... och jag ville ju ha lite mer... vad skall man säga... lite mer insikt, och att någon kunde säga till mig att det här beror på den och den saken".

"Jag hade väl ganska höga förväntningar. Det hade hänt så mycket och jag tänkte att nu skall vi kanske reda ut lite och att det skulle gå fort och lätt, hm".

Det andra temat handlade om den egna synen på psykiatrin. Det fanns en osäkerhet och rädsla att ta kontakt med psykiatrin som verkade bottna i fördomar och en okunskap om vad man kunde förvänta sig.

Om rädslan för att ta kontakt med psykiatrin säger en person;

"Jag hade väntat så länge med att söka hjälp, det var en lång process. Det var en grym rädsla, väldigt stigmatiserande. Nu är jag inte längre en jätte smart människa på väg in i karriären".

Alla fyra intervjupersonerna hade väntat mycket länge med att ta kontakt med psykiatrin, någon i närmare två år. En person kom efter en lång väntan via inläggning på psykiatrisk avdelning, då han akut fick allvarliga psykotiska symtom.

Ingen av de intervjuade kunde mer precist säga vad för slags hjälp de hade förväntat sig att få, vad hjälpen mer konkret skulle innehålla eller bestå av.

"Mötet med vården" på öppenvårdsmottagning Björkängen (ÖVM B)

Här fanns det två tydliga teman i intervjuerna.

Det ena temat handlade om bemötandet från personalen. Alla intervjupersoner säger att de har blivit bra bemötta av personalen. Intervjupersonerna säger att de har mötts med respekt och känt sig lyssnade till. Personalen har brytt sig och har gett mycket stöd till vårdragarna.

"Det kändes seriöst och professionellt. Det kändes som om man var nere på botten, men jag fick i alla fall hjälp hela tiden uppåt. Det gick inte fort, men det gick. Det kändes mörkt, men det var någon där som ville hjälpa".

Det andra temat handlade om bristen på information och delaktighet i planeringen och genomförandet av vården. Endast en person var nöjd med detta. De övriga personerna ville ha mer information om de olika behandlingsalternativen, mer information om den långsiktiga planeringen och mer information om vad de olika yrkeskategorierna gör.

"Jag kan ju inte säga att jag hade insikt i de olika behandlingsformerna som fanns. Jag hade ingen översikt över fältet, ingen överblick på smörgåsbordet, utan mer som... jag kan hämta en räkmacka till dig, vill du ha det? Jag hade gärna blivit mer informerad och gjort ett mer medvetet val. När jag har kört en behandlingsmetod så har jag inte haft en aning om vad det är som jag ger mig in på".

"Att det var några planer eller så kände jag inte. Jag har ju inte vetat vilka olika insatser som har funnits, så jag visste inte vad jag kunde få. Att få mer information och kanske få prata med de olika behandlarna som har hand om de olika områdena skulle ha varit bra".

Resultat av alla insatser/behandlingar

Det genomgående temat som alla talade om är den förbättrade livssituationen.

Alla intervjupersoner berättade om att det har skett stora förändringar, främst i den sociala livssituationen. Från att tidigare ha isolerat sig, stängt in sig på sitt rum, har två personer börjat arbeta och en person planerar att återuppta sina studier. Ytterligare en förändring som togs upp var att ha flyttat från föräldrahemmet (två personer) till egen lägenhet.

Alla personer betonar att det är en process med många faktorer som har bidragit till de olika förändringarna.

"Min livssituation har ju förändrats både väldigt mycket och väldigt lite. Från att sitta inne på mitt rum hela tiden, jobbar jag nu heltid. Samtidigt är jag ju liksom inte riktigt frisk... jag är väldigt spänd, har en rädsla för sociala sammanhang. Men visst, min personliga utveckling har förbättrats... att kunna klara mänskliga samspel, kunna läsa av människor, det är jag fortfarande skitdålig på, men nu är det roligt".

"Jag har blivit lite gladare, mer nöjd med livet. Jag har lärt mig massvis på vägen. Jag har lättare för att prata med folk, så det har ju öppnat många vägar. Jag är mer motiverad till att göra saker. Jag vill börja tjäna pengar, jag vill inte ha sjukpenning längre".

Ett annat tema som kom fram var att trots förändringen i den sociala livssituationen var man inte helt nöjd eftersom det psykiska måendet ännu inte var helt bra.

"Jag är inte nöjd själv, för jag mår inte som jag vill riktigt. Jag har fått en annan syn på att jag har ångest, förut var jag bara förvirrad och undrade vad fan är det med mig. I dag har jag fått lite mer koll på mig själv, även om det fortfarande är jobbigt för att det inte har gått bort".

"Jag har blivit bättre även om det är långt kvar. Jag vet att självkänslan måste komma genom självacceptans... och acceptans för andra människor runt omkring. Men det vet jag bara på ett logiskt plan, det är ganska långt kvar innan jag känner så".

Nytta av familjesamtal

Alla intervjupersoner talade om att familjesamtalen hade bidragit till en positiv förändring. Familjesamtalen hade medverkat till att familjemedlemmarna bättre kunde kommunicera med varandra, öppnade upp dialoger, samt gav ökad förståelse för varandra i familjen.

Alla intervjupersoner talade också om att det hade varit viktigt att det var någon utomstående som hade samlat familjen och "hållit i samtalen".

Ingen av intervjupersonerna uppgav att det var något speciellt eller någon speciell situation under familjesamtalen som bidrog till förändring. Alla talade om att det var hela processen i samtalen, flera olika bitar som sammantaget bidrog till förändring.

Av intervjupersonerna anser två att det inte var något som de vill förändra eller något som de var missnöjda med i familjesamtalen. Två personer tog upp att de hade velat fortsätta med familjesamtalen under en längre tid, att de avslutades för tidigt.

Tala med varandra

Ett tema som återkom hos alla intervjupersoner var upplevelsen av att först i familjesamtalen kunde man börja möta varandra i en öppen dialog. Först då, när man satt ned tillsammans med en utomstående (behandlare), så började man att tala med varandra och lyssna till varandra.

"Mina föräldrar dom lyssnade inte riktigt på mig när jag sa att jag mådde dåligt eller när jag sa att jag hade problem och sånt. Efter familjesamtalen kunde dom börja göra det, förstå mig lite mer och förstå mina problem lite mer. Tidigare såg de mig bara som arg, rädd och frustrerad, en jobbig jävel".

"Först var det skrämmande med familjesamtal, eftersom familjens "normala familjerytm" var att inte tala med varandra". Men det var ju trevligt att kunna säga vissa saker, vad man tycker utan att de (föräldrarna) bara slog det ifrån sig, att de kunde lyssna och inte slå ifrån sig. Familjesamtalen öppnade upp samtalsämnen, det blev steg i rätt riktning. Det bidrog till en öppnare kommunikation mellan oss.

"Just det att vi fick insikt i hur vi i familjen tänkte och tyckte. Att det lyftes upp så att alla fick prata om det och höra på varandra. För vi hade aldrig pratat så om vi bara hade suttit i familjen själva. Det var både svårt och skönt".

Relationen till varandra

Flera intervjupersoner tog upp att det var värdefullt att få höra mer om vad föräldrarna tänkte och tyckte. Det förde med sig nya insikter om föräldrarna och relationerna till varandra i familjen. Några personer sa att det hade inneburit att de har fått en mycket bättre relation till föräldern/föräldrarna.

"Mitt förhållande med farsan har blivit öppnare, det är i alla fall lättare för mig. Jag lärde känna mina föräldrar på ett annat sätt. Här hade vi ändå allvarliga, ärliga samtal".

"Man får ju bättre relationer till varandra. Jag märkte ju att det började hända grejor, även om det var jobbigt. Pappa sa mer tryggande grejor, jag öppnade mig mer... att kunna gråta framför sin farsa... innan har jag inte tillåtit mig själv att göra det".

"Nu är det lite mer avslappnat hemma, det blir ju en trevligare stämning. På något sätt verkar det... ja, vi är närmare varandra".

Det omöjliga samtalet

Några personer talade om bråk, aggressioner och besvikelse som omöjliggjorde alla försök för familjemedlemmarna att själva kunna föra ett samtal hemma. Även känslan av skam gjorde det svårt att samtala.

"Det fanns en frustration i vardagslivet som handlade mycket om att vi inte pratade om det. Det var bra i familjesamtalen att vi pratade om det, min sjukdom. Det är lite "skämmigt" för dem (föräldrarna). Men nu har det blivit lättare att prata öppet om att jag går här liksom".

"Det hade inte gått (att själva samtala). Jag tror helt spontant att det hade ballat ur. Jag hade väl börjat skälla och bråka. Min pappa hade också börjat bråka och blivit arg, det hade inte löst någonting".

"Det är det här att man sitter här och pratar... och man pratar väl mer här än att bråka och sådant. När man är hemma kan man smita undan. Jag kollar på honom (pappan) och så får jag jättejobbiga känslor och då går jag bara".

Avslutning

Här framkom det delade uppfattningar mellan intervjupersonerna om att familjesamtalen avslutades i "rätt tid" och att familjesamtalen avslutades för tidigt. Två personer hade velat fortsätta en längre tid med samtalen. Båda dessa personer säger att när vi började tala om att avsluta familjesamtalen så kunde/vågade de inte säga att de helst ville fortsätta.

"För man tänker att om jag vill fortsätta, så kanske dom (föräldrarna) blir arga för att dom kanske inte vill... eller tycker att det är onödigt, eller tar på deras tid".

"Det var helt fel tid att lägga ned... bara för att min farsa ville det... fan, det är väl inte min farsa som går till er... eller till psyk, utan det är jag. Det var det som det handlade om då. Men man är ju ganska svag och kan inte säga ifrån och så... och man blir bara arg och så, ja".

Närstående

Förväntningar

För alla fem föräldrarna, två mödrar och tre fäder, var den första kontakten med ÖVM B via familjesamtalen. Alltså kom förväntningarna att kopplas samman med erbjudandet om familjesamtal.

I tre av de fyra familjerna hade det varit svårigheter under lång tid, några föräldrar talade om bekymmer under flera år. Samtidigt sa dessa föräldrar att de hade svårt att förstå, eller visste inte riktigt hur stora problem som deras barn egentligen hade.

Ett tema som kom fram i intervjuerna var krisreaktionen som hela familjen upplevde, samt att inte riktigt kunna förstå vad som hände med deras barn.

"Hela familjen befann sig i en kris. Vi var i en krissituation, min son var i en krissituation och hela familjen var förtvivlad".

"Jag tror att vi var mest skärrade så att säga. Jag tror inte att jag riktigt förstod vad det här gick ut på förrän ni började prata. Det var nog först när ni började förklara, innan dess var det nog mest obehagligt. På något sätt trodde man att det här kan ju inte hända mig eller oss. Vi förstod ju att här är det problem som vi inte hade en aning om... om jag inte visste för att jag förträngt eller har svårt att fatta... det är svårt att säga".

"När det hände, det som hände med vår dotter, då hamnade maken och jag också i en kris. Vad gör alla människor (anhöriga) med sin sorg och kris? Man förstår inte vad det är som händer. Det kommer upp så många känslor som man inte vet vad man skall göra av. För jag kände mig som den mest ensamma mamman i världen".

Ett annat tema var förväntningarna på att i familjesamtalen få råd och "verktyg" för att kunna hantera olika situationer.

"Jag hade förväntningar att ni skulle ge råd, att hjälpa till i situationer, för ni förstår vad problemet är. Ni skulle försöka att ge några råd".

"Vi visste inte, han (sonen) visste inte och jag visste inte hur vi skulle bete oss. Vad vi skulle göra, vad jag skulle göra i olika situationer. Jag var förtvivlad, så det är klart att man vill ha hjälp. Att få redskap... vad skall man säga, vad skall man göra".

Ytterligare ett tema som de båda mödrarna talade om var känslan av dåligt samvete och skuldkänslor.

"Att behöva komma till familjesamtal gav också ett dåligt samvete. Jag undrade, vad är det nu? Vad är det som krävs av mig?"

"Det fanns mycket skuldkänslor med. Skuldkänslor att vi inte såg tidigare att vi inte kunde göra någonting. Men frågan är om vi kunde ha gjort något tidigare, jag vet inte. Vi försökte så gott vi kunde".

"Möte med vården" på ÖVM B

Alla föräldrar berättade i positiva ordalag om "mötet med vården" på ÖVM B. Föräldrarna uppgav att de hade mötts med respekt och att de hade blivit lyssnade till. Föräldrarna uppgav också att de hade förtroende för personalen och de behandlingsinsatser som hade erbjudits.

Uppfattningen att vara delaktig delades mellan att vara helt nöjd och att vara mindre nöjd.

I intervjuerna var det fäderna som var helt nöjda med delaktigheten. De upplevde att de var tillräckligt delaktiga genom att de deltog i familjesamtalen. De hade heller ingen önskan om att vara mer delaktiga i själva planeringen av vården.

"Om det behövs (att vara mer delaktig), det får ni eller psykologen avgöra. För går det åt rätt håll, då behövs det inte. Jag vill inte störa processen så länge som det går bra".

I intervjuerna uppgav mödrarna att de var mer missnöjda angående delaktigheten och uttryckte att de hade önskat att få mer information, få vara mer delaktiga och få veta mer kring planeringen om vad som skulle ske. Det fanns även en önskan om att få träffa de olika behandlarna, att få ett ansikte och få veta vilka människor som fanns runt "barnet".

”Just då i början är det ju kaos. Då hade man kanske behövt haft något mer möte – att vi jobbar så här, vi tänker gå vidare så här, att det ser ut så här, så att man har något att hänga upp framtiden på. Att få veta vad tanken är att dessa insatser skall leda till, det hade känts gott att veta. Att få vara delaktig i processen som hon gick igenom. Mest för att veta om vi stöttade henne på rätt sätt. Det kändes som om vi inte kunde stötta henne, vi visste inte om vi gjorde rätt”.

Ytterligare ett tema som kom fram var runt sekretessen och hur man förhåller sig när barnet blir eller är myndigt och själv bestämmer i vilken omfattning som föräldrarna får delta. Att det som förälder kunde upplevas frustrerande att den unge själv bestämde över sin behandling. Eller att som förälder vilja lämna information om ”barnet” när det inte var med och inte få lov att göra detta.

”Min son skulle räknas som vuxen, han var vuxen, han stod för alla kontakter själv. Vi var bara stöd. Ibland sa han lite, ibland sa han ingenting, han bara vägrade. Det här är mitt problem, mitt liv”.

”Det kändes som om ni ville att allt skulle hända när sonen var med. Inte bara ni, utan alla, psykologen, alla. Vi kan inte diskutera detta när din son inte är med”.

Resultat av alla behandlingar/insatser

I alla intervjuer framkom det att föräldrarna ansåg att det hade blivit en klar förbättring i deras barns livssituation och psykiska mående.

Det ena temat som alla föräldrar tar upp, som visar på förbättring i livssituationen, är att deras barn har fått någon form av sysselsättning, arbete eller studier.

Fyra föräldrar talar om vikten av att deras barn har kommit in på arbetsmarknaden, antingen via en provanställning eller via ett fast arbete.

”Nu har han fått en fast anställning. Det var en stor sak för honom, att han gjorde praktik först och att de var nöjda med honom”.

”Det är klart att det var den bästa tiden när han började att arbeta, att han fick något annat att tänka på”.

Ett annat tema som kom fram under intervjuerna handlade om föräldrarnas upplevelse av att deras barn hade fått bättre förståelse för sitt eget psykiska mående och att barnen även hade fått en ökad självkänsla. Föräldrarna kunde också uppleva en förbättring i det psykiska måendet hos sina barn.

”Han har lärt känna sig själv. Han har det själv inte lätt, men han inser mycket mer nu. Tidigare var allt svart eller vitt, det fanns inget grått. Det var mycket anklagelser. Men nu är det mycket bättre, han är mycket lugnare”.

”Han var väldigt förtvivlad i början, att han var galen och han var väldigt besviken. Nu har han fattat att han inte är unik, att det är många människor som lider av det här. Det är en väldigt stor sak att han har kommit till acceptans”.

Ytterligare ett tema som flera föräldrar talade om var att de ansåg att det var hela processen med alla olika insatser och behandlingar, som både de själva och barnen deltog i, som bidrog till att uppnå den positiva förändringen.

"Jag tror att hela den här kedjan liksom har varit till hjälp. De här resultaten som han har fått är tack vare den här kedjan med familjesamtal och allt".

"Min upplevelse är att hennes livskvalitet och livsglädje har ökat betydligt. Men hon hade inte varit där hon är idag, om hon inte hade haft er. Det är jag helt övertygad om, för detta hade man inte rätt ut utan riktig hjälp".

En förälder nämner att det har varit viktigt och hjälpsamt att sonen började med mediciner.

"Att tabletter också kan hjälpa, han har nu till slut börjat med tabletter. Det är positivt, för han har vägrat nu i två år. Han känner själv att det hjälper".

Nyttan av familjesamtal

Alla fem föräldrarna var mycket positiva till familjesamtalen. De talade om att det hade varit hjälpsamt på olika sätt och att de hade haft god nytta av familjesamtalen. Alla föräldrarna tog upp att i familjesamtalen var det första gången som familjemedlemmarna började föra en dialog och kunde kommunicera med varandra, samt att de också började att lyssna till varandra. Att sätta ord på det som var svårt och kunna sätta ord på vad det var man tänkte och "bar på". Flera föräldrar sa att det var mycket positivt att få lyssna till sina barn, att få höra vad de tänkte på och vad de kände. Samtidigt uppgav föräldrarna att det också var värdefullt för dem att de själva fick uttrycka sina tankar och känslor inför sina barn.

Alla föräldrar tog upp vikten av att det var någon utomstående som höll i samtalen, som hjälpte till att ta upp ämnen som hade varit svåra för familjen att tala om.

Ingen av föräldrarna ansåg att det var något speciellt eller någon speciell situation som medverkade till förändring. Två föräldrar sa att det var alla samtalen tillsammans, hela processen som bidrog till förändring.

Ingen av föräldrarna ansåg heller att det var något de vill förändra eller något som var mindre bra i familjesamtalen. En förälder tog upp att han hade förväntat sig mer råd, men var ändå nöjd. En annan förälder hade förslag på en förändrad struktur på familjesamtalen, att från början ha färdiga teman, som familjen kunde tala om och arbeta sig igenom.

Tala med varandra

Flera föräldrar tog upp att fenomenet att sätta sig ned tillsammans i familjen och samtala, inte var något som de hade gjort tidigare eller som de skulle kunna ha gjort

själva hemma. I familjesamtalen kunde de tala med varandra om saker som annars aldrig skulle ha blivit sagda. Familjesamtalen hjälpte till att öppna upp dialoger.

”Vi hade nog aldrig pratat för oss själva. Jag tror nog att läget bara hade blivit värre så att säga, fruset på något sätt. Det var ju så att det blev ju aldrig av att vi pratade där hemma. Vår son pratade aldrig med oss, han satt bara på sitt rum. Det var ju mycket för sonens skull som vi kom hit, så att säga. Det var ju först efter ett tag som man upptäckte att det var ju skönt att prata själv. Det visade sig också att vi föräldrar behövde det. Jag tyckte faktiskt att det var skönt att komma hit, både att lyssna på honom och att få prata själv”.

”Familjesamtalen hjälpte till med att skapa en relation, en brygga, och att man tar upp saker som man inte kan ta upp i familjen annars”.

”Det var väldigt nyttigt för oss anhöriga att få höra vad han tänkte. Ibland så säger han inte allt till oss, men så fick man höra det här. Att få tänka på vad han tänker”.

Det omöjliga samtalet

Tre föräldrar tar upp problematiken som fanns i familjen med aggressioner och bråk, samt den rädsla och osäkerhet som detta kunde föra med sig. Det försvårade också möjligheten till att själva försöka tala med varandra. För några föräldrar var det först i familjesamtalen som de ”vågade” säga vad de tyckte och tänkte.

”Vi kunde inte prata med varandra, han (sonen) fick utbrott för varenda liten grej. Han var upprörd för allting. Vi var rädda och jag vet några gånger då vi gömde knivarna i huset, vi gömde allt som var hårt som han kunde slå med och så där. På nätterna låste vi dörren till sovrummet. Man vet inte, även om det är min son... Under familjesamtalen kunde han behärska sig och sansa sig i alla fall. Lyssna till vad vi tyckte utan att brusa upp eller gå till angrepp, verbala angrepp och så, han var tvungen att lyssna”.

”Att man verkligen tar fram problemet framför andra (behandlarna), man behöver inte reagera med att bli så arg. Man kan säga saker till varandra utan att bli jätte arg”.

”Att ha två terapeuter, det hindrar ju aggressioner. Det underliga var att jag inte ens hade lust att bli arg... jag tyckte mest att jag var lite ledsen så där. Man vet ju att bli arg är ju antingen brist på argument eller förståelse... det tar man egentligen till när man inte vill engagera sig... då kan man bli arg. Då kan man säga vad man vill och man behöver inte lyssna på varandra. Men det fanns inget behov av det (i familjesamtalen), man satt ju bara där. Jag visste att jag kan inte gömma mig här”.

Relationen till varandra

Alla föräldrar talade om att familjesamtalen bidrog till att de hade fått en mycket bättre relation till sina barn. Genom familjesamtalen hade de fått en ökad förståelse för problematiken som barnet har eller hade.

Flera föräldrar talade om att det hade blivit en markant minskning av konflikter i familjen. Nu kan man umgås utan att det blir bråk, anklagelser och meningslösa diskussioner.

Några föräldrar tog också upp att de hade blivit stärkta i sin föräldraroll och kunde nu lättare både ställa krav och sätta gränser gentemot barnet.

"Jag trodde att han bara var en strulig tonåring som inte kunde prata med farsan, mest fräste och snäste och gick och gömde sig. Här förstod jag att det var något helt annat. Idag tycker jag att det är mycket lättare att umgås överhuvudtaget. Nu förstår jag ju bättre hur han fungerar, idag så pratar vi med varandra".

"Tidigare hade vi helt förstörda relationer. Nu respekterar han mer andra och andras åsikter. Vi diskuterar mycket, men det går aldrig till att han blir arg eller grälar. I och för sig så har vi (föräldrarna) också lärt oss mer, hur låget är".

"I familjesamtalen kom dom (pappan och dottern) ganska mycket in på deras relation, och dom tvingades att prata och det var bra. Jag känner att det faller en sten när de två kommer igång och börjar prata med varandra. Det blir lättare. Och jag menar nu när vi sitter hemma alla, så går det ju faktiskt, då förs det ju ett samtal. En dialog på ett helt annat sätt än vad det gjorde tidigare".

Avslutning

Alla föräldrar talade om att de ansåg att familjesamtalen avslutades i "rätt tid", att man var nöjd med antalet gånger och den tidsperiod som samtalen sträckte sig över. Några föräldrar nämnde att de upplevde det som mycket positivt att de uppmanades att höra av sig till mottagningen igen, om de hade behov av det eller om något annat skulle inträffa.

"Det kändes så gott (att kunna höra av sig igen). Då har man den här ventilen kvar. Bara det att veta att man kan vända sig till er igen, är till stor hjälp".

"Ni sa att vi var välkomna att ringa om det händer något. Det kändes som om en liten tråd var kvar ändå. Det tycker jag känns som en kontinuitet om det skulle behövas i framtiden".

DISKUSSION OCH SLUTSATSER

För att snabbt kunna möta personer där det finns misstanke om förstagångspsykos, är det viktigt att det finns team inom den psykiatriska specialistvården med särskild inriktning mot att bemöta denna problematik.

Inom vår organisation har ÖVM B ett TIP-team som arbetar speciellt med denna målgrupp och att tidigt kunna erbjuda behovsanpassade behandlingsinsatser.

Utifrån TIP-teamets modell har jag gjort en kvalitativ och en kvantitativ undersökning. I den kvantitativa undersökningen med enkäter, var det knappt en tredjedel av vårdtagarna som svarade och av de närstående var det drygt hälften som svarade. Det har visats sig i både internationell och svensk forskning att det är vanligt med stora bortfall i studier inom psykoterapeutiskt och socialt arbete.⁸⁷ I den kvalitativa undersökningen med intervjuer deltog fyra vårdtagare och fem föräldrar, d.v.s. i tre familjer deltog endast en förälder.

Metoddiskussion

I min undersökning har jag använt mig av två olika metoder, enkäter och intervjuer, för att på så sätt kunna få både "bredden" och "djupet".

Att jag valde metoden med enkäter berodde på att jag ville få möjlighet till att ta reda på flera personers åsikter och tankar runt mina frågeområden. Jag hade även en tanke med att familjesamtalen på så sätt skulle kunna sättas in i ett större sammanhang. Jag hade förhoppningar om att få mer kunskap och information, så att resultatet skulle kunna användas till förändringar och förbättringar i mötet med vårdtagare och närstående samt i behandlingsarbetet. För att det skulle bli rimligt att genomföra undersökningen valde jag vårdtagare med närstående som varit aktuella på ÖVM B under de två senaste åren.

I enkäterna var det flera personer som inte svarade på de "öppna frågorna" samt att de som svarade skrev relativt kortfattat. Jag hade en förhoppning om att det skulle vara mer uttömmande svar. Dessutom trodde jag, eftersom enkäterna besvarades anonymt, att respondenterna skulle ta upp mer av det som de var missnöjda med eller negativa upplevelser. Det fanns några områden där respondenterna uttryckte ett mer missnöje, men det var ändå relativt få personer som uttryckte detta. De svar som kom fram gav ändå viktig information och den är angelägen att ha med i den fortsatta processen i TIP-teamets metodutveckling.

I undersökningen var intervjuerna ett mycket bra komplement till enkäterna. I intervjuerna blev det möjligt att få fördjupad kunskap och tillgång till personernas egna upplevelser och berättelser. Här fick jag en unik möjlighet att få träffa och samtala med personer som har egen erfarenhet och därmed den bästa kunskapen. Eftersom jag var mest intresserad av familjesamtalen, fördjupade jag mig mest i detta tema. Jag såg också intervjuerna som ett mycket bra tillfälle att få veta mer om det som inte var så bra i familjesamtalen och vad som behövde förbättras/förändras. Ingen av intervjupersonerna sade dock något negativt om familjesamtalen. Det fanns heller inga förslag om något som personerna ville ändra på eller göra annorlunda.

⁸⁷ Lundblad, A-M. 2005, s.85.

Det enda negativa som kom fram var att två vårdtagare ansåg att samtalen avslutades förtidigt.

Det kan kanske vara så att i och med att alla intervjupersoner hade haft mig som behandlare i familjesamtalen, så var det svårare för dem att säga något negativt om samtalen direkt till mig. Man skulle då kunna tro att i enkätsvaren, som var anonyma, skulle det kunna komma fram något negativt om familjesamtalen, eller om det var något som borde förändras i samtalen. Emellertid fanns det heller inte några negativa synpunkter på familjesamtalen i enkätsvaren.

När jag intervjuade en vårdtagare var det vid något tillfälle en balansgång mellan intervju och terapisaamtal. Eftersom jag tidigare hade mött personen i rollen som behandlare, märkte jag vid några tillfällen under intervjun att samtalet höll på att glida över till ett mer terapisaamtal. Då jag hela tiden har varit medveten om att denna effekt kunde uppstå, var jag också uppmärksam när det inträffade och återförde samtalet till ett intervjusamtal.

I min undersökning har jag hela tiden haft med mig tanken om att "mäta det som avses att mäta". Genom att kontrollera att rätt sorts frågor ställs och att göra det på ett respektfullt sätt bidrar det till validiteten, samt att även använda ordagranna citat från intervjuerna i resultatdelen och analysdelen. Validiteten kan också stärkas om det finns andra undersökningar som har gett samma resultat. Jag inte har funnit andra liknande undersökningar som jag har gjort och har därför inte kunnat göra någon jämförelse. Däremot har jag själv gjort en kvalitativ och en kvantitativ undersökning, som båda ger liknande resultat, varvid man kan säga att validiteten på så sätt stärks i min undersökning.

I både enkätsvaren och intervjusvaren kan man utläsa vissa gemensamma synpunkter som ger en ökad samlad kunskap och information. Intervjuerna gjordes med nio personer från fyra olika familjer. Det var ett unikt tillfälle att få lyssna till personliga beskrivningar och upplevelser, men intervjuerna visar ändå endast dessa enskilda personers upplevelser.

Det som eventuellt kan påverka reliabiliteten är att jag gjorde ett selektivt urval av intervjupersonerna, utifrån vissa bestämda kriterier, samt att intervjupersonerna redan tidigare hade haft kontakt med mig som behandlare. Det kan innebära att intervjupersonerna kände en "lojalitet" gentemot mig och ville vara hjälpsamma och ge positiva svar i intervjun. Dock upplevde jag inte något sådant, utan jag uppfattade att alla intervjupersonerna var uppriktiga och gav öppna svar, där även mer negativa åsikter kom fram.

Resultatdiskussion

Genomgående i hela undersökningen var att nästan alla uttryckte sig mycket positivt om bemötandet och kontakten med personalen på ÖVM B. De flesta upplevde att de hade bemötts med omtanke och respekt. Flera personer som jag intervjuade sa att de gärna ville medverka till något som även andra vårdtagare och familjer kunde ha nytta av i framtiden. Några personer uttryckte också att de upplevde att de själva eller familjen, hade fått så mycket hjälp från ÖVM B, så nu ville de gärna kunna ge

något tillbaka. En förälder berättade att hon hade själv tänkt på att det skulle vara roligt att träffas igen och få berätta om hur det blev för familjen efter familjesamtalen.

I undersökningen var nästan alla vårdtagare också nöjda med de möjligheter som finns för att kunna komma i kontakt med någon personal på ÖVM B. De närstående hade däremot en något mer negativ uppfattning vad gäller detta.

I undersökningen framkom det hos nästan alla, att det fanns en osäkerhet och rädsla samt okunskap om den psykiatriska vården och vilken hjälp som man kunde förvänta sig att få. Majoriteten av vårdtagarna uttryckte att de ville få "hjälp och stöd", att få en förståelse över det som hade hänt samt få en ökad självinsikt.

När det gällde de närstående skilde det sig i förväntningarna. Här talade man mer om förväntningar om stöd och hjälp att hantera olika situationer i familjen. Dessutom tog de närstående upp att de hade förväntningar om att få information om sjukdomen och behandlingen.

När det gäller vad alla behandlingar/insatser i stort har gett för resultat, var det övervägande positiva svar och upplevelser från alla intervjupersoner och vårdtagare i enkäterna. Det var en något mer negativ uppfattning från de närstående i enkäterna. Ungefär hälften av de närstående i enkäterna ansåg att det endast stämde delvis att alla behandlingar/insatser hade givit önskat resultat. Det är lite svårt att förstå detta svar, då nästan alla av dem dessutom har svarat att de upplever att deras anhörige mår mycket bättre idag. Det kan kanske handla om egna förväntningar och önskemål, som inte stämmer överens med de förväntningar och behov som vårdtagarna har.

I undersökningen tog flesta av vårdtagarna upp förbättringen i det egna psykiska måendet med ökad självkänsla och bättre självinsikt som ett mått på bra resultat av alla behandlingar/insatser. Samt att även ha fått en förståelse för vad man har varit med om och vad som kan ha bidragit till den psykiska ohälsan.

Många vårdtagare tog också upp det positiva med att ha kommit in i ett socialt sammanhang med att träffa kamrater, börjat arbeta eller studera, samt att ha flyttat till egen lägenhet.

De närstående däremot betonade främst att de ansåg det som mycket viktigt och positivt att deras barn hade kommit i gång med någon form av sysselsättning, arbete eller studier.

Alla vårdtagare i intervjuerna talade om att de hade mått psykiskt dåligt under flera år innan de tog kontakt med psykiatri. Även flera av föräldrarna talade om att det hade funnits problem och svårigheter under många år, där man ibland inte riktigt förstod svårigheten och problematiken som fanns runt barnet.

Okunskap, osäkerhet och rädsla kan vara anledningar till att vårdtagarna väntade så länge med att söka hjälp inom den psykiatriska vården.

Det är angeläget att uppmärksamma denna information. När en person första gången drabbas av en psykos eller där det finns misstanke om en psykosutveckling är det av största vikt att personen "fångas upp" tidigt och erbjuds en tidig behandlingsstart.

Undersökningar visar att det möjligen ger en bättre prognos och minskat lidande för den enskilde samt minskat lidande för familjen. Vårdtagaren kan lättare bibehålla sina sociala förmågor och kontakten med familj/nätverk är också lättare att bevara. Dessutom ökar möjligheten till att vara kvar i ett socialt sammanhang, med t.ex. arbete och studier.⁸⁸

Med denna kännedom samt att man även i de nationella riktlinjerna⁸⁹ och i regionalt vårdprogram för tidigt omhändertagande av psykos⁹⁰, uppmärksammar dessa faktorer, är det angeläget att möjliggöra så att unga så tidigt som möjligt får kontakt med den psykiatriska vården. Samhället i stort, både enskilda personer och olika verksamheter, behöver få bättre kännedom och kunskap om psykisk ohälsa och vad den psykiatriska vården kan erbjuda.

Gemensamma möten med vårdtagare, socialt nätverk och all behandlingspersonal

I min undersökning framkom det att det var många, både vårdtagare och närstående, som var missnöjda med upplevelsen av delaktighet i planeringen och genomförandet av vården. Man ville ha mer information om behandlingen, vilka olika behandlingsalternativ som fanns och bli mer delaktig i planeringen av behandlingen. Det fanns önskemål om att kunna påverka och få mer "insyn" i planeringen av behandlingen. Genom att ha gemensamma nätverksmöten enligt Seikkulas modell,⁹¹ skulle både vårdtagare och de närstående kunna få bättre möjligheter till att kunna vara mer delaktiga i planeringen och i genomförandet av vården.

Det var lite olika åsikter mellan de närstående om upplevelsen av att vara delaktig i planeringen och genomförandet av vården. Det kan dels bero på att föräldrarna hade olika behov och önskemål om delaktighet. Dels kan det bero på processen med metodutveckling som TIP-teamet har genomfört under åren, där vissa förändringar i struktur och arbetsmetoder har genomförts. Det innebär att vissa insatser har kommit till på senare tid och har därför inte kommit alla föräldrar till godo.

Med gemensamma vårdplaneringsmöten skulle det också finnas bättre möjlighet för vårdtagare och närstående att kunna efterfråga information från de olika involverade behandlarna och att lättare kunna ställa frågor och framföra åsikter. Vårdtagare och närstående skulle på så sätt vara med i hela vårdprocessen och via öppna diskussioner delta i allt som har med behandlingen att göra, slutsatser och planering. Det skulle då också vara möjligt för både behandlingspersonal, vårdtagare och närstående att kunna reflektera över varandras förslag och åsikter. På så sätt kan man också använda sig av Tom Andersens metod med reflekterande processer.⁹² Det skulle innebära att få lyssna till varandra och delge varandra de tankar och funderingar som kan ha väckts under lyssnandet, vilket skulle föra in reflekterande diskussioner i det gemensamma mötet. Det skulle då också finnas en möjlighet till att

⁸⁸ Cullberg, J. 2000; 2003; 2004. Seikkula et al 2003b; 2006. Seikkula, J. 1996. Seikkula, J & Arnkil, T.E. 2005.

⁸⁹ Riktlinjer för Tidigt Omhändertagande vid Psykos, TOP-projektet 2007.

⁹⁰ Regionalt vårdprogram för upptäckt, diagnostik och behandling av tidig psykos, Västra Götalandsregionen, 2005.

⁹¹ Seikkula, J. 1996. Seikkula, J. & Arnkil, T.E. 2005.

⁹² Andersen, T. 2003.

olika åsikter och även oenigheter om beslut, öppet skulle kunna uttalas och diskuteras.

I intervjuerna var det en skillnad mellan könen hos de närstående, vad gäller upplevelsen av delaktighet. Alla fäder uttryckte att de var nöjda och upplevde att de kände sig delaktiga i planeringen och genomförandet av vården, medan mödrarna var av motsatt åsikt. Varför det var denna skillnad i upplevelsen mellan könen har jag inget riktigt svar på. Möjligtvis kan det ha med att göra att det är vanligt att mödrarna står för omhändertagandet och omsorgen i familjen och därmed även har ett större behov av att finnas med i allt som rör barnet.

Många av de närstående hade också önskemål om att få träffa alla behandlare som fanns runt deras barn. Som det är nu kan fyra till fem behandlare vara involverade i behandlingen och de närstående möter kanske bara en eller två av behandlarna. De närstående uttryckte att de gärna ville "få ett ansikte" samt ville gärna kunna samtala med dem som behandlade deras barn. Även vad gäller dessa synpunkter är det fördelar med att använda Seikkulas modell⁹³, vilket innebär att vårdtagare och nätverk träffas och kan samtala med all berörd behandlingspersonal.

En annan aspekt på gemensamma nätverksmöten är att problem eller svårigheter runt sekretessen lättare skulle kunna lösas genom att vårdtagaren gav sitt godkännande till att alla berörda deltagare fick information samt att alla personer gemensamt hörde vad som sades under mötet. I min undersökning var det flera närstående som tog upp svårigheter i samband med att barnet är/blir myndigt. De får då själva bestämma över sin behandling och det är inte självklart att föräldrarna tillåts att delta vad gäller information och planering.

Reflektioner runt familjesamtalen

I undersökningen var det tydligt att insatsen med familjesamtal var av stor betydelse för vårdtagare och närstående. Det var många som också tog upp vikten av att det var en utomstående behandlare som höll i familjesamtalen. Det blev en speciell situation för hela familjen att sitta ned tillsammans och samtala.

I intervjuerna delade alla uppfattningen om att familjesamtalen hade varit betydelsefulla eftersom de bidrog till att familjemedlemmarna började kommunicera med varandra. Det öppnade upp dialoger och man vågade tala med varandra om svåra och mer "laddade" saker. Samtalen möjliggjorde också för familjemedlemmarna att börja kunna lyssna på varandra samt att lära känna varandra på ett nytt sätt. Flera föräldrar talade om att det ökade deras förståelse för barnets problematik och att relationerna till varandra i familjen också hade blivit mycket bättre. Seikkula med flera, betonar också hur viktigt det är att samla hela familjen/nätverket för gemensamma samtal. Genom dessa kan man skapa "ett gemensamt språk" och skapa ny mening och förståelse för det som sker i familjen.

⁹³ Seikkula, J. 1996. Seikkula, J. & Arnkil, T.E. 2005.

Resultaten i min undersökning stämmer väl överens med vad Seikkula med flera har skrivit om i litteratur och i artiklar angående metoden med "öppna samtal".⁹⁴

Ytterligare en aspekt som belyser vikten av familjesamtal, var att flera vårdtagare och närstående berättade om aggressions- och konfliktfyllda situationer i hemmet, där det blev svårt för familjemedlemmarna att våga närma sig varandra och samtala. Känslan av osäkerhet och rädsla gjorde att man ibland undvek varandra eller försökte undvika att tala om vissa saker som kunde vara "laddade". I familjesamtalen kunde familjemedlemmarna samtala med varandra utan att uppleva en rädsla för att det skulle "gå över styr". Familjemedlemmarna kunde tala om saker som de tidigare inte hade vågat ta upp. Det var heller ingen av familjemedlemmarna som lämnade rummet i vredesmod under pågående familjesamtal, utan alla satt kvar och kunde också lyssna på varandra. Att metoden med "öppna samtal" även fungerar i familjer med våld har Seikkula skrivit en artikel om,⁹⁵ vilket också visar på hur användbar metoden är i olika sammanhang.

I intervjuerna med föräldrarna, talade mödrarna om känslan av skam och skuld. Detta tema är något som jag tror borde uppmärksammas mer i mötet med de närstående. Att försöka mer uppmärksamma dessa känslor och försöka göra det talbart. Föräldrarnas känsla av dåligt samvete, "vad har vi gjort för fel", kan vara tungt att bära, samt även skamkänslan över att inte själva inom familjen kunna lösa de uppkomna problemen. Samtidigt måste man som behandlare vara varsam när man lyfter upp dessa känslor så att de närstående inte uppfattar det som en ytterligare skuldbeläggning. I boken "Sociala nätverk i dialog" tar Seikkula och Arnkil⁹⁶ upp denna problematik. De poängterar hur viktigt det är att betona att det är behandlaren som ber föräldrar/närstående om hjälp för att kunna ge ett tillräckligt bra stöd till deras anhörige. På så sätt kan man undvika att skuldbelägga föräldrar/närstående. Samtalet med de närstående blir helt annorlunda om man ber om hjälp för egen del, än om man kräver att andra skall förändras.

I min undersökning talade några vårdtagare om att de gärna hade velat fortsätta med familjesamtalen, men de vågade eller klarade inte riktigt av att säga detta. Det är bra att få kännedom om det här, att trots att alla familjemedlemmar säger att de är överens om att avsluta familjesamtalen, så behöver det inte vara fallet. Konsekvensen av denna information är att det kan behövas en ytterligare fördjupning i "avslutningsprocessen". Att mer ingående ta reda på varje familjemedlems tankar och funderingar inför att avsluta samtalen. På så sätt kan det förhoppningsvis komma fram om det finns önskemål från någon att fortsätta, även om de har svårt att säga detta och vad som i så fall gör att det är svårt att uttrycka det. Det kan också vara så att detta pekar på att det inte alls är läge för avslutning. Att inte våga eller kunna tala om sina tankar och behov kan också tyda på att familjesamtalen bör fortsätta, vilket i så fall får diskuteras vidare med familjen.

⁹⁴ Seikkula, J. 1996. Seikkula, J. 2002. Seikkula, J. & Arnkil, T.E. 2005. Seikkula, J & Olson, M. E. 2003. Seikkula et al 2003a.

⁹⁵ Seikkula, J. 2002.

⁹⁶ Seikkula, J & Arnkil, T.E. 2005.

ÅTGÄRDSFÖRSLAG

I min undersökning har det vid alla intervjuer, både hos vårdtagare och närstående, framkommit hur viktigt de upplever det är att ha en tillhörighet i samhället och i sociala sammanhang. Speciellt föräldrarna talade om att ett mått på att all behandling/insatser hade gett gott resultat var att deras barn hade fått någon form av sysselsättning, arbete eller studier.

För att underlätta återhämtning och återgång till ett "vanligt" liv är det viktigt att det finns sociala relationer och kunna känna en tillhörighet, både i det egna sociala nätverket men också i andra sociala sammanhang.⁹⁷ Många betonar betydelsen av någon form av sysselsättning, arbete eller studier.

Det skulle därför också vara bra att så tidigt som möjligt sammankalla alla berörda från andra verksamheter, t.ex. försäkringskassan, arbetsförmedlingen och socialtjänsten till gemensamma nätverksmöten. Alltså att följa den modell som Seikkula förespråkar.⁹⁸

Nätverksmöten där alla tillsammans med vårdtagare och närstående gjorde gemensamma vårdplaneringar skulle innebära många fördelar och vara en lämplig insats i behandlingsprocessen.

Med den organisation som vi har idag är det däremot svårare att genomföra i den pågående behandlingen. Dels skulle det bli mycket mer personalkrävande, att vid varje behandlingstillfälle med vårdtagaren, all personal skulle vara med. Dels skulle det också bli mycket mer tidskrävande och utrymmet för nya vårdtagare skulle minska drastiskt.

Egentligen borde det dock vara självklart att precis som i Seikkulas modell, vårdtagaren alltid skall vara delaktig och vara med vid alla möten som hålls angående den egna personen. I den organisation som vi har i dag, är vårdtagaren oftast inte själv med vid möten där det diskuteras och planeras runt vårdtagaren. Man kan fundera över hur respektfullt och hur bra resultat det blir, när vi behandlare planerar och bestämmer utan att ha ett möte och en dialog med vårdtagaren.

Det är viktigt att lyssna till informationen och kunskapen som har kommit fram i min undersökning. Att göra förändringar och förbättringar så att både vårdtagare och närstående kan uppleva sig mer nöjda med TIP-teamets behandlingsinsatser och metoder.

Ett förslag till förändring skulle kunna vara att när vårdtagaren första gången blir aktuell för TIP-teamet, så skulle alla de behandlare som kommer att delta i behandlingen runt vårdtagaren, träffa vårdtagare och de närstående vid ett första gemensamt möte. Det skulle då finnas möjlighet till att alla fick träffa varandra som är involverade runt vårdtagaren. Samt att det skulle bli möjligt för alla berörda att kunna delta i gemensamma diskussioner och reflektioner om behandlingsalternativen och planeringen för genomförandet av dessa.

Det skulle sedan vara intressant att i en ny undersökning ta reda på om denna förändring skulle medföra att vårdtagare och närstående kände sig mer delaktiga i planering och genomförandet av vården.

⁹⁷ Topor, A. 2001; 2004.

⁹⁸ Seikkula, J. 1996. Seikkula, J. & Arnkil, T.E. 2005.

Ytterligare ett förslag till förändring är att när familjesamtalen avslutas, alltid erbjuda familjen att kunna höra av sig igen om nytt behov skulle uppstå av samtal.

Det finns idag inte en klar riktlinje för hur vi gör med detta. Erbjudandet att familjen kan höra av sig igen efter det att familjesamtalen har avslutats, ges till vissa familjer men inte till alla. I intervjuerna med föräldrar som hade fått detta erbjudande, var alla positiva och nämnde det som något viktigt. Konsekvensen utav att familjen kunde ta kontakt igen om de skulle behöva det, var att det gav dem en känsla av trygghet och kontinuitet. Att få detta erbjudande innebar för en förälder att det fanns "en tråd kvar till mottagningen", vilket var betydelsefull för denna förälder. Med denna kunskap bör alla familjer få erbjudandet om att de är välkomna att höra av sig igen, om det uppstår nytt behov av familjesamtal.

Till sist är tanken om uppföljningssamtal efter avslutade familjesamtal, något som också bör diskuteras i TIP-teamets metodutveckling. Det som har framkommit i undersökningen pekar på att vi bör införa som en riktlinje att alltid föreslå ett uppföljningssamtal efter en viss tid.

Avslutande kommentar

I undersökningen var det många personers unika berättelser och upplevelser som framträdde. All information och berättelser har givit en fördjupad förståelse av både vårdtagares och närståendes upplevelser av vardagslivet och hur det kan påverkas vid psykisk ohälsa. Att få tillgång till denna information och dessa berättelser har varit mycket givande och kunskapsutvecklande.

De gemensamma resultaten från både enkäter och intervjuer pekar på att det finns områden där vi inom den psykiatriska vården måste göra förbättringar och förändringar. Genom att lyssna på vårdtagares och närståendes erfarenheter samt upplevelser har vi en möjlighet att tillsammans skapa förutsättningar för en bra vård med anpassade insatser och behandlingar.

REFERENSLISTA

- Addington, J; Collins, A; McCleery, A; Addington, D. (2005). The role of family work in early psychosis. *Schizophrenia Research*. 79; 77-83.
- Andersen, T. (2003). *Reflekterande processer – Samtal och samtal om samtalen*. Stockholm. Mareld.
- Anderson, C. M; Reiss, D. J; Hogarty, G. E. (1990). *Patienter med schizofreni och deras familjer - Om samarbetet mellan terapeuter, patienter och anhöriga enligt familjeinterventionsmodellen. Teori och praktisk handledning*. Stockholm. Wahlström & Widstrand.
- Anderson, H. (2006). *Samtal språk och möjligheter – Psykoterapi och konsultation ur postmodern synvinkel*. Stockholm. Mareld.
- Anderson, H & Goolishian, H. A. (1992). *Från påverkan till medverkan – Terapi med språkssystemiskt synsätt*. Stockholm. Mareld.
- Cullberg, J. (2000). *Psykosor - Ett humanistiskt och biologiskt perspektiv*. Stockholm. Natur och kultur.
- Cullberg, J. (2003). *Dynamisk psykiatri*. Stockholm. Natur och kultur.
- Cullberg, J. (2004). *Psykosor – Ett integrerat perspektiv*. Stockholm. Natur och kultur.
- Cullberg, J; Levander, S; Holmqvist, R; Mattsson, M; Wieselgren, IM. (2002). One-year outcome in first episode psychosis patients in the Swedish Parachute project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106; 276-285.
- Cullberg, J; Mattsson, M; Levander, S; Holmqvist, R; Tomsmark, L; Elingfors, C; Wieselgren, I-M. (2006). Treatment costs and clinical outcome for first episode schizophrenia patients: a 3-year follow-up of the Swedish "Parachute Project" and Two Comparison Groups. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 114; 274-281.
- DSM- IV. (1995). *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Illness (revision 4)*. Washington DC. American Psychiatric Association.
- Hansson, K; Hedenbro, M; Lundblad, A-M; Sundelin, J; Wirtberg, I. (2001). *Familjebehandling på goda grunder – En forskningsbaserad översikt*. Stockholm. Gothia.

- Hårtveit, H. & Jensen, P. (2005). *Familjen plus en – En resa genom familjeterapins praktik och idéer*. Stockholm. Mareld.
- ICD-10. (1994). *International Statistical Classification of Diseases and related health problems* (revision 10). Genève. World Health Organization.
- Jacobsen, D. I. (2007). *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Lund. Studentlitteratur.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund. Studentlitteratur.
- Lundblad, A-M. (2005). *Kärlek och hälsa*. (Doctoral Dissertation). Göteborg. Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap.
- Lundby, G. (2002). *Livsberättelser och terapi*. Stockholm. Natur och kultur.
- Lenior, Maire E; Dingemans, Peter M. A. J; Linszen, Don H; de Haan, Lieuwe; Schene, Aart H. (2001). Social functioning and the course of early-onset schizophrenia: Five-year follow-up of a psychosocial intervention. *British Journal of Psychiatry*. Vol. 179: 53-58.
- Levander, S. (2007). *Om psykoser och psykosbehandling*. Stockholm. Mareld.
- Lundsbye, M; Sandell, G; Ferm, R; Währborg, P; Petitt, B; Fälth, T; Holmberg, B. (2000). *Familjeterapins grunder*. Stockholm. Natur och kultur.
- Penn DL & Mueser KT. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 153(5): 607 – 617.
- Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. (2006). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4.
- Sandell, G. (2007). *Integrerad utvärdering*. Göteborg. Analysity.
- Seikkula, J. (1996). *Öppna samtal – Från monolog till levande dialog i sociala nätverk*. Stockholm. Mareld.
- Seikkula, J. (2002). Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crises: examples from families with violence. *Journal Marital Family Therapy*. 28 (3): 263 - 274.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2005). *Sociala nätverk i dialog*. Stockholm. Mareld.

Seikkula, J. & Olson, M. E. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics. *Family Process*. 42(3): 403 – 418.

Seikkula, J; Arnkil, T.E; Eriksson, E. (2003a). Postmodern society and social networks: Open and anticipation dialogues in network meetings. *Family Process*. 42 (2): 185 – 203.

Seikkula, J; Aaltonen, J; Rasinkangas, A; Alakare, B; Holma, J; Lehtinen, V. (2003b). Open Dialogue Approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical and Human Sciences and Services*. 5(3): 163 – 182.

Seikkula, J; Aaltonen, J; Alakare, B; Haarakangas, K; Keränen, J; Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*. 16(2): 214 – 228.

Topor, A.(2001). *Återhämtning från svåra psykiska störningar*. Stockholm. Natur och Kultur.

Topor, A. (2004). *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm. Natur och Kultur.

www.scb.se *Befolkningsstatistik*, 31 december 2007.

www.socialstyrelsen.se *Vård och stöd till patienter med schizofreni – en kunskapsöversikt*. 2003

www.socialstyrelsen.se *Vård och stöd till patienter med schizofreni – en kunskapsöversikt*. 2003. Sammanfattning. Uppdaterad 6 juni 2004.

www.topnatverket.se *Riktlinjer för tidigt omhändertagande vid psykos*. TOP-projektet. 2007. Initierat av Nationell Psykiatrisamordning.

www.intrasas.vgregion.se *Psykosjukdom, Lokalt handlingsprogram för psykosjukdomar*. Södra Älvsborgs Sjukhus. Reviderat 2008.

www.intrasas.vgregion.se *Regionalt vårdprogram för upptäckt, diagnostik och behandling av tidig psykos*. 2005. Västra Götalandsregionen.

Hej,

Jag heter Lotta Englund och arbetar som socionom på öppenvårdsmottagning Björkängen. Jag håller nu på att utbilda mig till psykoterapeut med familjeinriktning, på Göteborgs Universitet.

I utbildningen ingår det att skriva en uppsats. Jag har då valt att skriva om hur vårdtagare och anhöriga upplever vården/behandlingen som erbjuds på öppenvårdsmottagning Björkängen.

För att kunna utvärdera och förbättra, samt utveckla vården/behandlingen, är jag mycket tacksam om Du/Ni skulle vilja hjälpa mig med att besvara några frågor i medsända enkät.

Det finns två olika enkäter.

- Den ena enkäten är till Dig som är eller har varit vårdtagare på mottagningen.
- Den andra enkäten är till Dig/Er som är anhöriga.

Frågorna besvaras genom att kryssa i det alternativ som Du anser stämmer bäst för Dig. I de sista frågorna får Du gärna skriva lite mer av Dina egna tankar och åsikter.

Du som svarar på enkäten är helt anonym och uppgifterna går inte att härleda till någon enskild person eller familj.

Jag är tacksam om Du skickar tillbaka enkäten i bifogat svarskuvert senast den:

Lotta Englund, socionom
Öppenvårdsmottagning Björkängen
Klinikvägen 42
501 82 Borås
Telefon: 033 – 616 21 55

Tack på förhand för hjälpen.
Lotta Englund

För Dig som är/har varit vårdtagare på öppenvårdsmottagning Björkängen. Bilaga 2

Kön	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Kvinna	Ålder:
Jag deltar/deltog i behandlingen på öppenvårdsmottagning Björkängen under tiden:	Började:		Om avslutat, när:

Vilka insatser/behandlingar har Du deltagit i? (Var god kryssa i de alternativ som gäller för Dig.)

Läkarbesök	Samtal hos psykolog	Kontakt med Vård och Behandlings Samordnare (VOBS)	Familjesamtal hos socionom	Behandling hos sjukgymnast	Utredning hos arbetsterapeut	Medicinsk behandling
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är det någon insats som Du skulle vilja ha mer av eller något Du skulle vilja förändra?						

	Stämmer helt	Stämmer delvis	Stämmer dåligt	Stämmer inte	Har ingen uppfattning
1 Jag haft möjlighet att komma i kontakt med någon på öppenvårdsmottagning Björkängen när jag har haft behov av det.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Jag bemöts/har bemötts med omtanke, respekt och vänlighet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Jag känner/kände mig delaktig i planeringen och genomförandet av min vård.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Jag får/fick möjlighet till information om min sjukdom/diagnos och behandlingsmöjligheter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Den vård/behandling som jag får/har fått har gett önskat resultat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Familjesamtalen är/har varit till nytta för familjen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Som helhet är jag nöjd med den vård/behandling som jag får/har fått.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8	Vilka var Dina förväntningar när Du kom till öppenvårdsmottagning Björkängen? ----- ----- ----- -----
9	Om Dina förväntningar inte uppfylldes, vad skulle Du vilja förändra/förbättra? ----- ----- ----- -----
10	Om Du inte känt Dig delaktig i planeringen och genomförandet av Din vård, vad anser Du då behöver förbättras/förändras? ----- ----- ----- -----
11	Vilket resultat tycker Du att behandlingen har gett? ----- ----- ----- -----
12	Om Du deltar/har deltagit i familjesamtal, vad är/har varit bra eller mindre bra med dessa? ----- ----- ----- -----
13	Om Du tycker att något var mindre bra i familjesamtalen, vad skulle Du vilja förändra? ----- ----- ----- -----
14	Hur mår Du i dag? ----- ----- ----- -----

För Dig som är anhörig till person som är/har varit vårdtagare på
öppenvårdsmottagning Björkängen.

Bilaga 3

Jag är	<input type="checkbox"/> Mor	<input type="checkbox"/> Far	<input type="checkbox"/> Syskon	Jag deltar/deltog i behandlingen på öppenvårdsmott. Björkängen under tiden:	
Kön	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Kvinna	Ålder:	Började:	Om avslutat, när:

Vilka insatser/behandlingar har Du deltagit i? (Var god kryssa i de alternativ som gäller för Dig.)

Läkarbesök	Samtal hos psykolog	Kontakt med Vård och Behandlings Samordnare (VOBS)	Familjesamtal hos socionom	Anhörigsamtal (endast anhöriga, utan vårdtagare) hos t.ex. socionom	Utredning hos arbetsterapeut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Är det någon insats som Du skulle vilja ha mer av eller något Du skulle vilja förändra?

	Stämmer helt	Stämmer delvis	Stämmer dåligt	Stämmer inte	Har ingen uppfattning
1 Jag haft möjlighet att komma i kontakt med någon på öppenvårdsmottagning Björkängen när jag har haft behov av det.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Jag bemöts/har bemötts med omtanke, respekt och vänlighet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Jag känner/kände mig delaktig i planeringen och genomförandet av min anhöriges vård.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Jag får/fick möjlighet till information om min anhöriges sjukdom/diagnos och behandlingsmöjligheter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Den vård/behandling som min anhörige får/har fått har gett önskat resultat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Familjesamtalen är/har varit till nytta för familjen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Som helhet är jag nöjd med den vård/behandling som min anhörige får/har fått.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8	Vilka var Dina förväntningar när Du kom till öppenvårdsmottagning Björkängen?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
9	Om Dina förväntningar inte uppfylldes, vad skulle Du vilja förändra/förbättra?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
10	Om Du inte känt Dig delaktig i planeringen och genomförandet av Din anhöriges vård, vad anser Du då behöver förbättras/förändras?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
11	Vilket resultat tycker Du att behandlingen har gett?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
12	Om Du deltar/har deltagit i familjesamtal, vad är/har varit bra eller mindre bra med dessa?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
13	Om Du tycker att något var mindre bra i familjesamtalen, vad skulle Du vilja förändra?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
14	Hur tycker Du att Din anhörige mår i dag?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Hej

För ett tag sedan skickade jag en enkät till Dig med frågor runt Din upplevelse av vården och behandlingen, samt insatser som erbjuds på öppenvårdsmottagning Björkängen.

Har Du redan svarat på enkäten kan Du bortse från detta brev, och jag Tackar Dig så mycket för Din hjälp och medverkan.

Har Du ännu inte svarat på enkäten skulle jag uppskatta mycket om Du ville ta Dig tid och svara och skicka tillbaka enkäten i tidigare bifogat svarskuvert.

För att kunna förbättra och utveckla bemötande, behandling och insatser som vi erbjuder på öppenvårdsmottagningen är det mycket viktigt att kunna få ta del av Dina erfarenheter och åsikter angående detta.

Med Stort Tack för Din medverkan

Lotta Englund, socionom
Öppenvårdsmottagning Björkängen
Klinikvägen 42
501 82 Borås
Telefon: 033 – 616 21 55

VILKA FÖRVÄNTNINGAR HADE DU NÄR DU KOM TILL ÖVM B?

- Speciella insatser/behandlingar?
- Tankar runt psykiatrisk vård

UPPLEVELSE AV MÖTET MED "VÅRDEN PÅ ÖVM B"

- Hur upplevde du mötet med personalen?
- Att komma till mottagningen?
- Upplevelse av delaktighet i planeringen av vården?
- Upplevelse av delaktighet i behandlingen?
- Är det något du skulle vilja förändra?

VAD HAR ALL BEHANDLING/INSATSER GETT FÖR RESULTAT?

- Vad är skillnaden före och efter behandlingen?
- Hur har din livssituation förändrats?
- Vilken förändring kan du se hos dig själv? Din anhörige?
- Är du nöjd med resultatet?
- Är det något eller någon behandling som du skulle vilja ha mer av?
- Är det något du skulle vilja förändra?

HAR FAMILJESAMTALEN VARIT TILL NÅGON NYTTA?

- Har familjesamtalen bidragit till någon förändring för dig? Din familj?
- Vilken är skillnaden före och efter familjesamtalen?
- Hur märker du av förändringen?
- Är det något speciellt eller någon speciell situation som medverkat till förändring?
- Är det något speciellt som du har tänkt på efteråt, något speciellt som hände?
- Är det något du skulle vilja förändra i familjesamtalen?
- Vad det något du sakade i familjesamtalen?
- Avslutades familjesamtalen i "rätt tid"?
- Fler eller mindre antal familjesamtal.