

STOCKHOLMS UNIVERSITET  
Institutionen för socialt arbete  
Socialhögskolan

# VÅRDMÖTET – UR BRUKARENS PERSPEKTIV

En delutvärdering av ett samarbetsprojekt mellan  
kommun och landsting i Sigtuna 2003

Isabelle Froehlich  
Elin Jansson  
C-uppsats 10 poäng  
Ht. 2003  
Handledare: Katarina Piuva

# Vårdmötet -ur brukarens perspektiv

En delutvärdering av ett samarbetsprojekt mellan kommun och landsting  
i Sigtuna 2003.

Isabelle Froehlich & Elin Jansson  
Inst för socialt arbete  
Stockholms Universitet  
C-uppsats ht 2003

## Abstract

Utvärderingens syfte var att utvärdera brukarnas upplevelser av sin medverkan i vårdmöten i Sigtuna. Vårdmötena utfördes enligt Västra Lappland-modellen, en arbetsmodell som utvecklats av den finske psykiatrikern J. Seikkula. Arbetsmodellen användes i samarbetsprojektet "Nätverksarbete för unga" i Sigtuna kommun. Frågeställningarna var (1) Upplever brukarna att deras psykiska tillstånd har förändrats i och med vårdmötesmodellen? I sådant fall hur? (2) Vilken betydelse har vårdmötena haft i en eventuell förändring av brukarnas psykiska tillstånd? (3) Hur upplever brukarna att de blivit bemötta av de professionella? (4) Hur har de upplevt sitt eget inflytande under vårdmötena? Metoden var en mixad design bestående av kvantitativa enkäter och i vissa fall kvalitativa enkätintervjuer. Resultaten av utvärderingen bearbetades till övervägande del efter kvalitativ metod. I projektet deltog tio personer, varav sju personer medverkade i utvärderingen. Brukarna fick i enkäten uppskatta sitt psykiska tillstånd med hjälp av en vetenskapligt beprövad metod, GHQ-12 skalan. Utvärderingen bestod även av en kvalitativ intervju med ett föräldrapar. Resultaten analyserades utifrån utvärderingsteori och diskuterades i relation till resultaten av tidigare studier av vårdmötesmodellen. Resultaten visade att alla utom en brukare idag mådde bättre än innan de kom i kontakt med vårdmötena. Om detta berodde på vårdmötena, övriga insatser, en kombination av dessa eller andra faktorer gick ej att besvara. De flesta brukare upplevde ett förtroende för sitt vårdmötesteam, de kände att de blev lyssnade till samt att de fick hjälp och stöd. Vissa brukare upplevde att vårdmötesmodellen inte passade deras behov. I utvärderingsresultaten framkom även att brukarnas nätverk inte var involverat i någon högre grad vilket vårdmötesmodellen förespråkar. Utvärderingen gjordes efter sex månader. Dessutom var projektets mål inte att minska inskrivningar eller behov av psykiatrisk vård, vilket syftena i jämförelsestudierna var. Detta gör det svårt att jämföra resultaten.

Nyckelord: Vårdmöte, socialpsykiatri, öppenvårdspsykiatri, brukare, evidensbaserat socialt arbete, utvärdering

<b>1. INLEDNING OCH BAKGRUND .....</b>	<b>1</b>
1.1 SAMVERKAN OCH BRUKARINFLYTANDE.....	1
1.2 EVIDENSBASERAT SOCIALT ARBETE.....	1
1.3 UTVÄRDERINGSUPPDRAGET.....	2
1.4 FÖRFÖRSTÅELSE.....	3
1.5 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	3
1.6 DISPOSITION.....	3
1.7 BEGREPP .....	4
<b>2. PROJEKTET ”NÄTVERKSARBETE FÖR UNGA”.....</b>	<b>5</b>
2.1.PROJEKTBESKRIVNING .....	5
2.2 PROJEKTETS SYFTE.....	5
2.3 PROJEKTETS ARBETSSÄTT.....	5
2.3.1 VÅRDMÖTESMODELLEN.....	6
<b>3.TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER OCH METODVAL .....</b>	<b>9</b>
3.1 VETENSKAPSFILOSOFISK POSITION .....	9
3.1.1 UTVÄRDERINGENS TEORETISKA BAKGRUND.....	9
3.1.2 HUVUDPERSPEKTIV PÅ SOCIALT ARBETE I SVERIGE.....	10
3.1.3 DEFINITION AV UTVÄRDERING .....	11
3.1.4 SYFTEN MED UTVÄRDERINGAR.....	11
3.1.5 BRUKARUTVÄRDERING.....	11
3.1.6 BRUKARPERSPEKTIVET I UTVÄRDERINGEN AV VÅRDMÖTESMODELLEN.....	12
3.1.7 DROP-OUTS.....	13
3.2 DESIGN AV UTVÄRDERINGEN.....	13
3.2.1 DATAINSAMLING.....	14
3.3 ENKÄTUNDERSÖKNINGEN.....	14
3.3.1 URVAL OCH BORTFALL.....	14
3.3.2 ENKÄTENS UTFORMNING.....	17
3.4 GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (GHQ) 12 .....	18
3.5 ANALYS AV DATA .....	18
3.5.1 ENKÄTEN .....	18
3.5.2 ETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	18
3.6 EN ANHÖRIGINTERVJU .....	19
3.6.1 INTERVJUGUIDENS UTFORMNING .....	20
3.6.2 DATAANALYS AV EN ANHÖRIGINTERVJU.....	20
3.7 VALIDITET, RELIABILITET OCH GENERALISERBARHET.....	20
3.7.1 ENKÄTEN OCH ANHÖRIGINTERVJUN.....	20
3.7.2 TRIANGULERING.....	22
3.7.3 STUDIENS BEGRÄNSNINGAR.....	22
3.8 METOD FÖR LITTERATURSÖKNING.....	23
3.8.1 URVAL AV LITTERATUR .....	23
3.8.2 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT .....	23
3.9 ETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	23
<b>4. TEORIER OCH FORSKNING OM VÅRDMÖTESMODELLEN.....</b>	<b>25</b>
4.1 PROJEKTETS ARBETSMODELL .....	25
4.1.1 VÅRDMÖTESMODELLEN.....	25
4.1.2 SOCIALTNÄTVERKSPERSPEKTIV.....	27
4.1.3 SOCIALEKOLOGISK SYSTEMTEORI.....	28
4.1.4 SOCIALKONSTRUKTIVISM .....	28
4.1.5 SPRÅKSYSTEMISKT SYNSÄTT .....	29
4.1.6 REFLEKTERANDE PROCESSER .....	29
4.2 TIDIGARE FORSKNING.....	31

4.2.1 RESULTAT AV VÅRDMÖTESMODELLEN I TORNEÅ .....	31
4.2.2 VÄSTERPROJEKTET .....	32
4.2.3 BUP PROJEKTET I GÄLLIVARE.....	33
4.2.4 PATIENTERS ÅSIKTER OM PSYKIATRISK VÅRD .....	33
4.2.5 RESULTAT AV EN KVANTITATIV STUDIE OM PSYKISK OHÄLSA.....	34
<b>5. RESULTAT.....</b>	<b>35</b>
5.1 DELTAGARNA .....	35
5.1.1 ÖVERSIKT AV DATAINSAMLINGEN .....	36
5.2 DELTAGARNAS ERFARENHETER AV PROJEKTET .....	36
5.2.1 PERSONDATA.....	37
5.2.2 TIDIGARE ERFARENHETER AV PSYKIATRIN OCH SOCIALTJÄNSTEN.....	37
5.2.3 VÅRDMÖTENA.....	40
5.2.4 BEMÖTANDE .....	42
5.2.5 INFLYTANDE.....	44
5.2.6 RESULTAT OCH VERKAN AV VÅRDMÖTENA .....	46
5.3 SAMMANFATTANDE KOMMENTAR .....	53
5.4 INTERVJU MED EN FAMILJ SOM DELTOG I VÅRDMÖTENA.....	54
5.4.1 ANHÖRIGA TILL DELTAGARE.....	55
5.4.2 TIDIGARE ERFARENHETER AV PSYKIATRIN OCH SOCIALTJÄNSTEN.....	55
5.4.3 VÅRDMÖTENA.....	55
5.4.4 BEMÖTANDE .....	55
5.4.5 INFLYTANDE.....	56
5.4.6 RESULTAT OCH VERKAN AV VÅRDMÖTENA .....	5
<b>6. ANALYS.....</b>	<b>59</b>
6.1 UPPLIVER BRUKARNA ATT DRAS PSYKISKA TILLSTÅND HAR FÖRÄNDRATS I OCH MED VÅRDMÖTESMODELLEN? I SÅDANT FALL HUR? .....	59
6.1.1 BRUKARNAS PSYKISKA HÄLSA .....	59
6.1.2 EVENTUELLA ORSAKER TILL FÖRÄNDRINGAR .....	60
6.2 VILKEN BETYDELSE HAR VÅRDMÖTENA HAFT I EN EVENTUELL FÖRÄNDRING AV BRUKARNAS PSYKISKA TILLSTÅND? .....	61
6.2.1 BRUKARNAS SYN PÅ VÅRDMÖTEN .....	61
6.2.2 VÄNNER OCH FAMILJ .....	61
6.2.3 ÖVRIGA INSATSER SAMT VÅRDMÖTENAS BETYDELSE.....	62
6.3 HUR HAR BRUKARNA UPPLEVT ATT DE BLIVIT BEMÖTTA AV DE PROFESSIONELLA?.....	64
6.4 HUR HAR DE UPPLEVT SITT EGET INFLYTANDE UNDER VÅRDMÖTENA?.....	64
6.5 SAMMANFATTNING .....	66
<b>7. AVSLUTANDE DISKUSSION.....</b>	<b>68</b>
7.1 DISKUSSION ANGÅENDE FRÅGESTÄLLNINGAR OCH RESULTAT .....	68
7.2 DISKUSSION AV RESULTAT .....	68
7.3 METODDISKUSSION .....	69
7.4 OBESVARADE FRÅGOR .....	70
<b>REFERENSER .....</b>	<b>71</b>
<b>BILAGOR .....</b>	<b>74</b>

# 1. INLEDNING OCH BAKGRUND

## 1.1 SAMVERKAN OCH BRUKARINFLYTANDE

Under detta år (2003) har den psykiatriska vården i Sverige fått stor uppmärksamhet i massmedia på grund av flera allvarliga händelser, där oskyldiga människor har blivit offer för allvarligt psykiskt sjuka människors illgärningar. Skarp kritik har riktats mot landstingen och kommunerna för att den psykiatriska vården är undermålig och för bristen på samarbete. En samordningsminister har tillsatts av regeringen för detta ändamål.

I den brukarinriktade psykiatrireformen, som trädde i kraft 1995, står att samverkan, flexibilitet och kompetensutveckling skulle vara ledstjärnor i arbetet (Socialstyrelsen, 2001). I psykiatriutredningen som ligger till grund för reformen föreslogs att psykiskt funktionshindrade skulle åtnjuta kommunens stöd och service i likhet med andra och leva med samma rättigheter och skyldigheter som andra kommunmedborgare. Stödet skulle utgå ifrån varje enskild individs mål, behov och uppfattningar. I förarbetena till reformen understryks brukarinflytande. Detta skulle möjliggöras genom en organisatorisk förändring där socialtjänstens ansvarsområde för stöd och service till denna grupp renodlades genom tillägg och förändringar i lagtexten (Topor, Schön, Bergh, Tidemalm & Svensson, 1998).

## 1.2 EVIDENSBASERAT SOCIALT ARBETE

Under de senaste åren har man i Sverige inom socialt arbete poängterat vikten av empiriskt dokumenterade kunskaper och systematiska utvärderingar som grund för beslut och insatser inom socialtjänsten. Ett exempel på detta är att regeringen under 1999 gav Socialstyrelsen i uppdrag att utforma ett förslag till ett program för nationellt stöd till kunskapsutveckling inom socialtjänsten. Förslaget resulterade i ett nytt uppdrag för Socialstyrelsen att genomföra programmet under 2001-2003. Evidensbaserat arbete betyder att insatserna skall bygga på bästa möjliga vetenskapliga faktaunderlag. Detta ämne har dock varit föremål för en debatt och inte alla är eniga om att det överhuvudtaget går att bygga det sociala arbetet på vetenskapliga studier om olika insatsers resultat och effekter. Vissa menar att det sociala arbetet består av relationer och processer som är för komplexa för att kunna fånga (Socialstyrelsen, 2003).

Forskaren och professorn Eileen Gambrill (1999) från USA är förespråkare för ett evidensbaserat socialt arbete. Hon menar att det finns två olika strategier för att hantera förhållandet mellan praktik och kunskap. Det ena alternativet är *auktoritetsbaserat* och det

andra är *evidensbaserat*. Det auktoritetsbaserade förhållningssättet grundas på postmodernistiska antaganden och tankegångar. Detta innebär bland annat att det inte görs några anspråk på att ta reda på vilka metoder och insatser som är bra eller dåliga. I slutändan kommer detta ändå att leda till att en inflytelserik grupp människor avgör vilka metoder som är rätt och fel. Socialarbetare som arbetar utifrån denna strategi grundar sitt arbete bland annat på intuition och uttalanden från experter. Trots goda intentioner och avsikter att hjälpa klienter så menar Gambrill att arbetssättet ibland kan göra mer skada än nytta. Istället menar hon att det bör strävas efter ett evidensbaserat socialt arbete där systematiska och omfattande granskningar utförs av de metoder som det arbetas utifrån. Man måste veta vad som behövs för att uppnå önskade resultat. Här sker en integrering av individuell expertkunskap, resultat från systematiska vetenskapliga undersökningar samt klientens förväntningar. Klienten bör vara informerad om risker och fördelar med olika insatser och vara delaktig i beslutsfattandet (a.a.). På uppdrag av Socialstyrelsen pågår just nu ett projekt vars syfte är att försöka tydliggöra vilka metoder och kunskaper som ligger till grund för socialtjänstens arbete i Sverige. Det som vill uppnås är bland annat förutsägbarhet för klienterna samt ökad rättssäkerhet. Förbättringar måste fortfarande göras på detta område (Socialstyrelsen 2003). Eftersom psykiatrireformen har en uttalad målsättning om att förverkliga demokrati och brukarinflytande så är detta område väl lämpat för utvärdering utifrån de principer som evidensbaserat arbete representerar.

### **1.3 UTVÄRDERINGSUPPDRAGET**

På uppdrag av socialpsykiatrin i Sigtuna kommun har vi utvärderat samarbetsprojektet "Nätverksarbete för unga," ett projekt där kommunen samverkat med öppenvårdpsykiatrin. Denna utvärdering har ett brukarperspektiv och är en delutvärdering av en större utvärdering som kommer att utföras. En annan delutvärdering kommer att handla om personalens upplevelse av samarbetet mellan kommun och landsting. Under cirka ett års tid har man i Sigtuna kommun arbetat enligt en arbetsmodell som de kallar för vårdmötesmodellen. Modellen bygger på ett arbetssätt som har utvecklats av Jaakko Seikkula i Torneå, Finland. Modellen kommer i uppsatsen även att benämnas som öppnasamtalsmodellen och Västra-Lapplandsmodellen. Utvärderingen är hållen i ett brukarperspektiv och bygger på enkäter och intervjuer med sju av de tio deltagarna i projektet. Syftet är att ta reda på deras upplevelser av sin medverkan i projektet. I enlighet med det evidensbaserade sociala arbete som under de senaste åren blivit uppmärksammat är det viktigt att brukarnas uppfattningar och upplevelser

får komma fram. Även utvärderingsteori bygger på tanken om utvärderingars nödvändighet för att kontrollera om de insatser man gör är fruktbara.

Kan vårdmötesmodellen som använts i Sigtuna kommun vara ett sätt att få ett fungerande samarbete till stånd som gynnar brukarna? Det är av stor vikt att få veta hur brukarna har upplevt arbetsmodellen de varit föremål för, för att få ett svar på denna fråga.

#### **1.4 FÖRFÖRSTÅELSE**

Förförståelsen av vårdmötesprojektet och dess metod ser olika ut. Detta eftersom en av oss gjorde sin andra praktikperiod i Sigtuna kommun och därigenom kom i kontakt med projektet samt deltog i dess utbildning. För den andra av oss är detta arbetssätt helt nytt. Enligt Vedung (1991) finns det nackdelar och fördelar med både interna och externa perspektiv vid utvärderingar. Olikheterna i förförståelsen av arbetssättet kan ha varit en fördel. Det har dels inneburit att vi lättare har kunnat sätta oss in i arbetssättet och fått en större förståelse av det samtidigt som en person har kunnat granska arbetsmodellen mer objektivt.

#### **1.5 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR**

Syftet är att ur ett brukarperspektiv värdera vårdmötesmodellens inverkan på deltagarna i projektet "Nätverksarbete för unga" i Sigtuna.

För att få svar på syftet valdes följande frågeställningar:

1. Upplever brukarna att deras psykiska tillstånd har förändrats i och med vårdmötesmodellen? I sådant fall hur?
2. Vilken betydelse har vårdmötena haft i en eventuell förändring av brukarnas psykiska tillstånd?
3. Hur har brukarna upplevt att de blivit bemötta av de professionella?
4. Hur har de upplevt sitt eget inflytande under vårdmötena?

#### **1.6 DISPOSITION**

Närmast kommer inledningskapitlet att avslutas med förtydligande av begreppen "brukare" och "vårdmöte", eftersom de är centrala i framställningen. I kapitel 2 ges en beskrivning av projektet i Sigtuna, det projekt som denna uppsats är en delutvärdering av. I teori och metodkapitlet, kapitel 3, beskrivs uppsatsens vetenskapsfilosofiska position, utvärderingsdesign samt datainsamlingen. I det fjärde kapitlet presenteras en genomgång av tidigare forskning på området som innefattar en beskrivning av den ursprungliga

vårdmötesmodellen och de bakomliggande teorierna. Resultatet presenteras i det femte kapitlet. Först redovisas resultatet från enkäterna och därefter nätverksintervjun. I analyskapitlet, kapitel 6, analyseras resultatet utifrån uppsatsens frågeställningar. I kapitel 7 avslutas utvärderingen med en sammanfattande diskussion. Där besvaras frågeställningarna, ges en metodkommentar samt diskuteras obesvarade frågor.

## 1.7 BEGREPP

**Brukare:** Ordet brukare blev på 1980-talet ett modeord och kan definieras på många olika sätt. (Dahlberg & Vedung, 2001). Skillnaden mellan att vara patient och brukare är att av den senare benämningen framgår det tydligare att man har rättigheter. Författarna använder själv denna definition av brukare: *”Slutmottagare av offentlig nytthet (service eller vara) som får en service genom tilldelning och kan nyttja Strategi röst men inte Strategi sorti”* (a.a. s. 25). Med denna definition menar de att brukaren kan höja sin röst mot serviceleverantören och andra beslutsfattare för att påverka men att de ej kan välja att gå till en annan leverantör.

**Vårdmöte:** Begreppet kommer ursprungligen från den psykiatriska verksamheten. Vårdmöte är i detta fall inte det man vanligtvis associerar till, d.v.s. personal som konfererar kring patienter. Här används Seikkulas definition där han med vårdmöte menar ett möte där vården och dess innehåll planeras och definieras. I ett sådant vårdmöte deltar, enligt den ursprungliga modellen, alltid patienten och människor från patientens nätverk. Alla som deltar skall vara involverade i patientens liv. Det terapeutiska syftet med vårdmötet är att skapa utrymme för alla åsikter och skapa en dialog mellan de olika deltagarna. Vårdmötet är samtidigt ett terapeutiskt forum och ett vårdplaneringstillfälle (Seikkula, 1996).

## **2. PROJEKTET ”NÄTVERKSARBETE FÖR UNGA”**

### **2.1.PROJEKTBEKRIVNING**

I projektbeskrivningen går att läsa att det under år 2001 skedde en ökning med 40 % i Sigtuna kommun av framförallt unga kvinnor som sökte sig till den psykiatriska mottagningen på grund av psykisk ohälsa. Forskning visar även att psykisk ohälsa har ökat med 25-30% i samhället i stort de senaste åren och att 80% av dem med psykisk ohälsa har icke tillgodosedda vårdbehov, främst i åldersgruppen 20-34 år (Forsell & Hansson, 2001). I Sigtuna såg de att problematiken kring dessa ungdomar många gånger var väldigt komplex med både social och psykiatrisk problematik, inte sällan med inslag av missbruk. För att få bukt med detta startades ett samarbetsprojekt mellan kommun och landsting på kommunens initiativ. Socialpsykiatrin hade en önskan om att förstärka samarbetet med öppenvårdpsykiatrin och Beroendecentrum nord. Den totala projekttiden planerades till ett år. Målgruppen för projektet var tio-tolv unga vuxna mellan 18-25 år, både kvinnor och män.

### **2.2 PROJEKTETS SYFTE**

Syftet med projektet var att deltagarna skulle få insikt och självförtroende samt att utveckla ett socialt välfungerande liv. Ett annat syfte var att utveckla en gemensam arbetsmodell som kunde fortleva och även användas för andra målgrupper. Idén var att i mindre skala utveckla en samarbetsmodell för att möta unga vuxna. Målet med projektet var att förstärka och utveckla gemensamma arbetsmetoder för att nå målgruppen unga med omfattande psykiatrisk problematik och missbruksproblem. Målet var även att målgruppen skulle bli självständiga individer och få socialt välfungerande liv.

### **2.3 PROJEKTETS ARBETSSÄTT**

För att utveckla samarbetet mellan kommun och landsting startades först en projektgrupp för att planera projektet, dessutom utformades en tidsplan. I januari 2003 åkte 12 personer från de två verksamheterna på ett studiebesök till Keropudas sjukhus i Torneå för att utbilda sig i den nätverksinriktade arbetsmodell (vårdmötesmodellen) som chefspsykologen Jaakko Seikkula har utarbetat där. Modellen används vid behandling av svåra psykiska symtom. Efter att ca. 20 personer från kommun och landsting gått en utbildning i nätverksarbete med psykiatrisk inriktning började man i februari 2003, att arbeta enligt Seikkulas modell. Arbetet lades upp efter de grunder och principer som vårdmötesmodellen är baserad på och anpassades efter

förhållandena i Sigtuna kommun. En tanke med att använda nätverksarbete var att fördela arbetet mellan alla aktörer och avlasta de anhöriga.

### 2.3.1 VÅRDMÖTESMODELLEN

*De professionella deltagarna:* I projektet deltar ungefär 20 professionella från olika yrkesgrupper. Från öppenvård psykiatri deltar fyra sjuksköterskor, en psykiatriker och en bildterapeut. Från kommunen deltar tre socionomer från socialpsykiatri, fem socionomer från nätverkslaget, två personer från stödteamet, två boendepersonal, en anhörigkonsulent samt ett personligt ombud.

*Hur man arbetat i projektet:* Det var från kommunens nätverkslag, vilka arbetar med nätverksmöten, på uppdrag av socialsekreterare, som idén att använda sig av Seikkulas vårdmötesmodell ursprungligen kom. I Sigtuna har de anpassat modellen efter de förutsättningar som finns inom kommunen. Den största skillnaden mellan Sigtuna kommun och Torneå är att i Sigtuna kommun är det två skilda myndigheter som samverkar. Inom socialpsykiatri har man fokus på ett socialt perspektiv och inom öppenvård psykiatri finns ett medicinskt perspektiv. Tre professionella, som kommer både från socialpsykiatri och öppenvård psykiatri, bildar tillsammans ett vårdmötesteam kring den hjälpsökande. Ett team kan exempelvis bestå av en socionom från Vuxenheten, en mentalvårdare från stödteamet och en sjuksköterska från öppenvård psykiatri.

*Principer för vårdmöten:* Då en brukare kontaktar antingen socialpsykiatri eller öppenvård psykiatri ska den professionelle som tar emot samtalet inom tre dagar ha bestämt dag och tid för ett första vårdmöte och satt ihop ett vårdteam. Till vårdmötet inbjuds även brukarens anhöriga att delta, om den hjälpsökande gett samtycke till det. Nätverkets deltagande tror man underlättar tillfrisknandet. Den hjälpsökande skall för vårdteamet vara ett oskrivet ark, allt i enlighet med Seikkulas modell. Det innebär att vårdteamet aldrig pratar ihop sig inför ett vårdmöte utan det är brukaren själv som får bestämma vad som ska diskuteras. Det är den hjälpsökande som är expert på sig själv och denne får därför definiera sitt problem. Då man låter brukaren formulera sitt problem och vara med och bestämma tar man inte ifrån honom/henne makten över sitt eget liv. Teamets uppgift är att, genom reflektioner med varandra kring det brukaren sagt, sätta ord på de känslor som finns i rummet, vilket ger en behandlande effekt. Antingen blir då känslan som brukaren har förstärkt och han/hon kan förklara vidare, eller så har vårdmötesteamet missuppfattat honom/henne som då

förkastar reflektionen. Denne får då en möjlighet att förklara sig ytterligare. Om vårdmötena hjälper brukarna att komma till rätta med sina problem beror på deras egen kapacitet att arbeta med sig själva för ta sig ur problematiken.

Kontinuitet i vården är viktigt till en början. Vårdmötesteamet träffar då brukaren ungefär en gång per vecka men efter ett tag glesnar antalet träffar. Bemötandet från de professionella är ytterligare en viktig princip. De professionella vill bemöta den hjälpsökande med respekt och få dem att känna sig hörda. Behöver man bjuda in någon utomstående till ett vårdmöte gör någon av de professionella det. Under mötena förs så kallade vårdmötesprotokoll från socialpsykiatrins sida, öppenvårdspsykiatrin gör sin egen dokumentation.

Vårdmötesteamet ska följa brukaren genom hela processen och finnas där som trygghet och stöd. De ska finnas där som en trygg plattform dit brukarna kan återkomma och följas upp tills att han/hon bedöms som färdigbehandlad. De kriterier som bör vara uppfyllda hos brukaren för att denne ska anses som färdig är väldigt vaga. De professionella beskriver det som en känsla som fås i mötet. Om vårdmötesteamet känner att brukaren verkar stabil och/eller att något nytt tar vid kan de bedöma brukaren som färdigbehandlad. Oftast blir det dock inget definitivt avslut utan mer ett uppehåll. Meningen är att brukaren ska kunna få hjälp igen av samma vårdteam om han/hon i framtiden får problem.

*Kontakten och insatserna:* Sedan februari har tio unga vuxna med psykisk ohälsa, både män och kvinnor, deltagit. Vissa av dessa ärenden är redan avslutade medan andra fortfarande pågår. Det har inte varit svårt att rekrytera unga vuxna att delta i projektet. När den hjälpsökande ringt sitt första samtal har de blivit tillfrågade om de vill delta, efter att man först har talat om vad projektet innebär. Nästan alla har tackat ja, förmodligen eftersom de blivit erbjudna hjälp så snabbt. De vidare insatser utöver vårdmöten som blivit aktuella, är oftast de alternativ som man inom de egna organisationerna har att erbjuda. Det vill säga medicinsk behandling och läkarkontakt samt psykiatriska utredningar. Inom socialtjänsten görs sociala utredningar för att bedöma om brukaren har behov av exempelvis försörjningsstöd. Övriga insatser inom socialpsykiatrin som kan komma ifråga är hjälp med boende och sysselsättning. I några fall har det även blivit aktuellt med individuell samtalsterapi.

**Tidsaspekten:** Problem och svårigheter som har stötts på under projektets gång är främst ur ett tidsperspektiv. Vårdmötena kräver mycket tid, främst i de fall där vårdmötet hålls i den

hjälpökandes hem. Socialpsykiatrin är mer flexibel och van vid att åka hem till sina klienter än vad psykiatrins personal är.

Brukaren däremot vinner mycket tid. Eftersom han/hon enbart behöver gå till ett möte och där får den hjälp som behövs. På mötet får han/hon även hjälp att boka in tider med andra professionella såsom psykiatriker, psykolog, arbetsförmedlingen, försäkringskassan etc. (Leveau, personlig kommunikation, 2003-09-11, 2003-10-10).

### **3. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER OCH METODVAL**

#### **3.1 VETENSKAPSFILOSOFISK POSITION**

Uppsatsens vetenskapsfilosofiska ansats kommer att vara post-positivistisk. Valet föll sig naturligt eftersom vi tänker oss att använda en mixad metod (Bjereld, Demker & Hinnfors, 2002). Alla datainsamlingsmetoder har sina fördelar och begränsningar. Genom att kombinera olika metoder ökas säkerheten och en mer mångsidig bild av det man vill undersöka erhålls (Frankfort-Nachmias & Nachmias, 1996). I en post-positivistisk position ingår att använda triangulering av teorier, undersökare och data (Shaw & Lishman, 1999). I utvärderingsforskning förespråkas idag ofta en post-positivistisk hållning (Eliasson, Sunesson, 1990). Den blir nästan en självklarhet vid utvärderingar. Post-positivism är en utvecklad form av positivism som i sin ursprungliga form inriktar sig på strukturernas makt och av kausala förklaringar. Positivisterna är idag medvetna om att det i den konkreta forskningen ingår tolkningsverksamhet samt att det inte finns någon absolut sanning (Bjereld, et al., 2002). Postpositivisterna menar att det finns en sanning men att den är föränderlig över tid (Shaw & Lishman, 1999). Den post-positivistiska synen är egentligen en motsats till vårdmötesmodellens socialkonstruktivistiska syn. Fördelarna med att ha en annan utgångspunkt i utvärderingen är att man då kritiskt kan granska resultatet och inte riskerar att bli ”hemmablinda”.

##### **3.1.1. UTVÄRDERINGENS TEORETISKA BAKGRUND**

Metoden och analysen av resultaten baseras framförallt på Vedungs utvärderingsteori ur ett brukarperspektiv. Även en allmän beskrivning av utvärderingsteori och varför man bör använda sig av evidensbaserat socialt arbete ges. Brukarnas General Health Questionnaire (GHQ)-12 resultat kommer att analyseras och jämföras med en forskningsrapport av Sconfienza, 1998 (se sid. 17).

Det är nödvändigt att vända sig till utvärderingsforskningen vid studier av effekterna eller andra aspekter av interventioner i socialt arbete. Detta för val av lämpliga utgångspunkter, teorier och metoder (Soydan, 2002). Utvärderingar kan vara kvantitativa, kvalitativa eller både och (Scriven 2002, Weiss 1998). Utvärderingar används inom många praktiska områden och den grundläggande logiken är densamma inom vart och ett av dessa områden (Soydan, 2002).

Studieobjektet i en utvärdering är en verksamhet och uppgiften är att åtgärda något som definieras som ett socialt och/eller mänskligt problem. Utvärderingens syfte är vanligen att på

något sätt belysa förhållandet mellan mål, medel och resultat eller konsekvenser. Vilken effekt har vidtagna åtgärder i förhållande till de problem och mål som definierats (Eliasson, Levin, Meeuwisse, & Sunesson, 1990)

### 3.1.2 HUVUDPERSPEKTIV PÅ UTVÄRDERING AV SOCIALT ARBETE I SVERIGE

Morén och Blom (2003) har gjort en översiktlig redovisning av ett antal forskares struktureringsförslag för att kategorisera utvärderingar. Inledningsvis refererar de till Rombach m.fl. vilka menar att utvärderingar präglas av vad som utvärderas, syftet med utvärderingen och utvärderarens personlighet. Enligt Morén och Blom menar Soydan att det finns en djungel av olika utvärderingsmodeller och därför råder oenighet om utvärderingars inriktning och metodmässiga grunder. Författarna refererar till några amerikanska forskare Mark, Henry och Julnes som har kategoriserat utvärderingar utifrån de drivkrafter som finns bakom valet av utvärderingen: 1) metod- 2) teori- eller 3) empowermentdriven samt 4) nyttofokuserad utvärdering och 5) förbättringsdriven. Författarna hänvisar vidare till Karlsson som menar att ur ett svenskt perspektiv hänger olika typer av utvärderingar i stor utsträckning samman med en viss historisk epok. De utvärderingsmönster han sett utvecklas från 1950 fram till 1990 är följande faser: 1) mål-resultatutvärdering 2) processutvärdering och 3) interaktiv utvärdering (a.a). En ny forskning som författarna tagit del av är Danemark, som menar att utvärderingsforskningen kan delas in i tre perspektiv med skilda ontologiska och epistemologiska utgångspunkter 1) extern realism 2) anti-realism och 3) kritisk realism (a.a.). De olika utvärderingsperspektiven när det gäller att utvärdera socialt arbete, ger kunskaper om olika aspekter av utvärderingsobjekten och bidrar med olika idéer om hur utvärderingen ska genomföras (a.a.). Inom den svenska utvärderingsforskningen är Vedung (1991, 2002) den mest kände. Hans modell är anpassad efter svenska arbetssätt i förvaltningar och organisationer. Han har gjort en uppdelning i olika utvärderingsmodeller: 1) Måluppfyllelsemodellen, 2) Bieffektsmodeller, 3) Brukarmodellen, 4) Intressentmodeller, 5) Kollegiebedömning, 6) Självvärdering, 7) Produktivitetsmodellen, 8) Kostnads- effektivitets analys samt 9) Kostnads-Intäktsanalys. I denna utvärdering är det hans brukarorienterade utvärderingsmodell som används. Denna modell är relevant eftersom utvärderingen skall vara ur ett brukarperspektiv. Av den anledningen föll det sig även naturligt att använda hans definition av utvärdering.

### 3.1.3 DEFINITION AV UTVÄRDERING

Ordet utvärdering är ett vitt begrepp och olika utvärderingsforskare definierar ordet på olika sätt. Vedung har utvecklat en definition som gör begreppet hanterbart för den offentliga sektorn. Hans definition av ordet utvärdering är: *”noggrann efterhandsbedömning av genomförande, slutprestationer och utfall i offentlig politik, vilken avses spela en roll i praktiska handlingssituationer”*(Vedung, 1991, s. 33).

### 3.1.4 SYFTEN MED UTVÄRDERINGAR

Enligt Vedung (1991) finns det fyra grundläggande syften med utvärdering:

- **Kontroll** från uppdragsgivare för att se hur deras ombud sköter sitt uppdrag.
- **Främjande** för att förbättra och effektivisera det studerade fenomenet.
- **Upplysning**, d.v.s. att ge ny kunskap och förbättra förståelsen för händelser och processer.
- **Dölja misslyckanden**, d.v.s. att medvetet ta fram de aspekter som är bra och ge sken av att något är positivt då det egentligen är falskt. Bakom detta syfte kan det exempelvis finnas politiska intressen.

### 3.1.5 BRUKARUTVÄRDERING

Brukarorienterad utvärdering innebär att utvärderingens adressaters förväntningar, mål eller behov används som organiserande princip. Inriktningen är på mötet mellan programmet och dess klienter. Syftet är att ta reda på om servicen eller programmet uppfyller det brukarna vill ha. Modellen accepterar en konfliktsyn på offentliga program. Olika brukare kan bedöma programmet olika och vara oeniga i sina bedömningar (Vedung, 1991). Denna utgångspunkt hänger samman med ett brukardemokratiskt synsätt. Tanken är att brukarna skall kunna påverka och samtidigt ta ansvar för tjänstens innehåll genom att göra sina röster hörda. Det finns många olika varianter av brukarutvärdering. Exempelvis kan brukarnas förväntningar eller deras behov användas som bedömningskriterium. Det går även att studera klientgruppens avvikelser från den avsedda eller så kan brukarnas bedömningar av insatsen granskas. I en brukarutvärdering är det tillåtet att fråga om de flesta aspekter som en brukare kan ha åsikter om angående en insats, t.ex. tjänstens utfall, tillgänglighet eller kvalitet. Brukarmodellen har dock vissa begränsningar och kan och bör ses som ett komplement till andra utvärderingsmodeller. Detta beroende på att brukarna själva vill ha någonting som är bättre samtidigt som de i princip slipper betala någonting för det. Dessutom har de ofta

begränsad kunskap om vad tjänsterna i praktiken kostar och kan således inte göra en objektiv bedömning (Vedung, 2002).

Enligt Dahlberg och Vedung (2001) finns det grovt sett, sex argument för brukarorientering inom den offentliga sektorn. En brukarutvärdering kan motiveras med flera av dessa syften. Ett syfte är *serviceanpassning*, det vill säga servicen ändras och förbättras för brukarna genom att ta hänsyn till deras önskemål, behov eller krav utan koppling till ekonomisk effektivitet. Ett annat syfte är *maktutjämning* vilket betyder att maktbalansen mellan brukarna och serviceproducenten utjämnas genom att låta brukarna komma till tals. Ett tredje syfte är *effektivisering*. Den aktuella verksamhetens effektivitet kan ökas och verksamhetens mål uppfylls då lättare. *Ökad legitimitet* är det fjärde syftet vilket innebär att brukarnas delaktighet kan leda till att den offentliga verksamheten möts av större acceptans och förtroende från brukarna. Brukardeltagande kan även leda till *självförverkligande* och självförtroende hos brukarna genom aktivitet, umgänge och diskussion. *Medborgarfostran* är ett annat syfte med brukarutvärdering. Då är syftet primärt inte att brukarna skall få möjlighet att påverka en aktuell verksamhet, utan att fostra människorna till goda medborgare. Genom brukarutvärderingen får de färdigheter och förmågor som de kan använda i andra sammanhang.

I och med att den offentliga sektorn växte på 1970- och 80-talen uppstod en debatt om brukarinflytande. Denna debatt fortsatte under 1990-talet och pågår än idag. Det kan sägas att brukaren idag har blivit något av en centralfigur i den offentliga förvaltningen. Att för en enskild individ påverka och förändra en offentlig verksamhet endast genom att rösta kan vara svårt. Brukarutvärdering ger dock individen möjlighet till mer direkt påverkan och kan ses som ett bra komplement till den representativa demokratin (Dahlberg & Vedung, 2001).

### **3.1.6 BRUKARPERSPEKTIVET I UTVÄRDERINGEN AV VÅRDMÖTESMODELLEN**

Denna utvärdering kommer att ha ett brukarperspektiv snarare än att vara en "ren" brukarutvärdering som Vedung talar om. Detta eftersom brukaren i en brukarutvärdering får delaktighet och inflytande på en organisatorisk nivå enligt vår tolkning. En brukarutvärdering innebär att brukaren deltar i beslutsfattandet av verksamhetens mål. I detta projekt har brukarna inte ett sådant inflytande. De får däremot i efterhand uttala sig om konsekvenserna av sitt deltagande i vårdmötena. Utvärderingen är en reflexiv kontroll, vilket innebär att brukarna jämförs med sig själva, innan de utsattes för programmet. Reflexiv kontroll kan se ut på flera olika sätt enligt Vedung. Vanligtvis används reflexiv kontrolluppläggningsmetod då det

görs en före/efter kontroll i utvärderingen (1991). I detta fall har det ej varit möjligt att göra någon kontroll i början eller innan insatsen, därför kan denna utvärdering ses som en modifierad reflexiv kontroll.

Av de olika syften Dahlberg och Vedung (2001) lagt fram med brukarutvärderingar passar argumentet serviceanpassning bäst för att förklara orsaken till uppdraget, som var att få fram brukarnas åsikter kring insatserna. Uppdragsgivarna ville veta hur de kan förbättra servicen till brukarna genom att ta hänsyn till deras önskemål, krav och behov.

### **3.1.7 DROP-OUTS**

Ett problem inom utvärderingsforskning är att så kallade drop-outs, det vill säga brukare som antingen frivilligt avbryter insatsen eller avvisas av de professionella, inte redovisas. Det leder i många fall till felaktiga slutsatser. Forskning visar att det oftast är just dessa personer som är mer problembelastade än de som stannar kvar. Det är därför viktigt att dessa avbrutna insatser studeras och analyseras (Soydan & Vinnerljung, 2002).

## **3.2 DESIGN AV UTVÄRDERINGEN**

I studien används en mixad design vilket innebär att det finns både en kvalitativ och kvantitativ ansats. De tre datainsamlingsmetoder som använts är enkäter/enkätintervjuer, en GHQ-12 skala samt dokumentation i form av vårdmötesprotokoll. Hutchison (1999) menar att kvantitativa och kvalitativa metoder kompletterar varandra i socialt arbete. Valet av en mixad design grundas även på etiska aspekter. Vi tror att enbart användandet av en kvalitativ ansats och därmed utförande av djupintervjuer skulle bli alltför påfrestande för brukarna. Av projektledaren har vi fått veta att de flesta av brukarna fortfarande mår psykiskt dåligt. Vi har därför valt att använda oss av en halvstrukturerad enkät som riktats till alla brukare för att i efterhand ta reda på deras upplevelser av de vårdmöten de deltagit i. Utvärderingen är med andra ord retrospektiv. Att ha ett retrospektivt perspektiv innebär att den tillfrågade får tänka tillbaka och ur sitt eget perspektiv beskriva något som varit (Morén & Blom, 2003).

Målsättningen var att träffa samtliga brukare för att tillsammans med dem fylla i enkäten. Tanken var att detta skulle minska bortfallet och att vi då även skulle ha möjlighet att förklara eventuella oklarheter i enkäten. Detta antagande stärktes av Socialstyrelsens rapport (1999) som säger att vid enkätundersökningar med psykiskt funktionshindrade personer är det att rekommendera att någon bistår personen i fråga när enkäten ifylls.

I utvärderingen ingår även en intervju med ett föräldrapar till en av brukarna. Denna intervju genomfördes med hjälp av en intervjuguide. Studien bygger på både kvalitativa och kvantitativa data men kommer att analyseras utifrån kvalitativa aspekter.

### **3.2.1 DATAINSAMLING**

Datainsamlingen har skett genom enkätintervjuer, i två fall genom postenkäter samt en intervju med ett föräldrapar. För att få en kortfattad bild av brukarna har vi tagit del av de befintliga vårdmötesprotokoll som förts av socialpsykiatrien under projektperioden. Informationen från vårdmötesprotokollen användes även vid enkätens utformning och vid kontroll av likheter och skillnader mellan vissa enkätsvar och vårdmötesprotokollen. I samband med att vi fick tillgång till vårdmötesprotokollen undertecknades ett sekretessdokument. Vid två tillfällen under hösten, (2003-09-11, 2003-10-10), har vi träffat och diskuterat uppdraget tillsammans med projektledare Paula Leveau som arbetar inom socialpsykiatrien i Sigtuna kommun.

Av projektledaren fick vi brukarnas födelsedatum samt telefonnummer till respektive kontaktperson. Därefter kontaktades kontaktpersonerna och de ombads att tillfråga brukarna om de ville ställa upp i utvärderingen. I de fall brukarna tackade ja till att delta i utvärderingen erhöll vi deras telefonnummer per post. Slutligen kontaktade vi brukarna och tillfrågade dem om de ville delta. De fick själva bestämma tid och plats för mötet. Förslag på konkreta mötesplatser gavs i de fall där brukarna inte hade några egna synpunkter. Det kunde exempelvis vara i personens hem, på kafé eller i ett samtalsrum som tillhör socialpsykiatrien.

## **3.3 ENKÄTUNDERSÖKNINGEN**

### **3.3.1 URVAL OCH BORTFALL**

Eftersom projektet har varit relativt begränsat till sitt omfång så var det möjligt att utföra en totalundersökning bland brukarna som deltog i delprojektet. I projektet deltog 10 stycken unga vuxna. En fördel med att undersöka alla i populationen, som görs i en totalundersökning är att man kommer närmare "sanningen", bortsett från eventuella mätfel. Inga urvalsfel uppstår (Byström, 1998).

Av de tio brukarna i projektet kom vi i kontakt med sju. Detta ger en total bortfallsfrekvens på 30%. Av dessa sju personer träffades fem för en enkätintervju. De två övriga erhöll enkäten per post och den återsändes ifylld till oss. Den ena personen önskade att få enkäten hemsänd på grund av tidsbrist. I det andra fallet avbokade intervjupersonen

intervjun på grund av sjukdom. Det framkom senare att personen hellre ville besvara enkäten per post.

På grund av de olika förutsättningarna vid ifyllandet av enkäten kan påstås att de olika tillvägagångssätten ger kvalitetsskillnader i den data som framkommit. Vid några tillfällen har brukarna bokat om tider eller inte dykt upp till avtalade möten. Om vi inte hade varit så angelägna om att få enkäterna ifyllda och bokat in nya möten hade bortfallet blivit betydligt större.

### 3.3.2 ENKÄTENS UTFORMNING

Enkäten är halvstrukturerad med mest fasta svarsalternativ men även med några öppna frågor där brukarna själva har fått beskriva sina upplevelser och tankar. Enligt Halvorsen (1992), är det en fördel att kombinera fasta och öppna svarsalternativ i ett frågeformulär. Genom att ställa öppna frågor får respondenten möjligheten att komma ihåg något, medan slutna frågor ger respondenten tillfälle att känna igen något (a.a.).

Tanken med att ha övervägande fasta svarsalternativ i denna retrospektiva utvärdering var att hjälpa brukaren att bättre minnas vad de varit med om. I vissa fall är kontakten sedan flera månader tillbaka avslutad och för många av brukarna togs den första kontakten för cirka åtta månader sedan. Att nästan samtliga brukare dessutom vid första kontakttillfället mådde psykiskt dåligt kan förmodligen göra minnesproblemen ännu större. Enligt Halvorsen hjälper fasta svarsalternativ respondenterna att minnas. Dessutom krävs det en större grad av motivation för att besvara öppna frågor än fasta (a.a.). En föreställning vid utformandet av enkäten var att brukarna kanske inte var så motiverade eller hade förmågan att prata om det svåra som de upplevt.

Enkätens utformning grundas på vårdmötesmodellen enligt Seikkula och arbetssättet i Sigtuna kommun samt våra frågeställningar. Förutom frågor om allmänna personuppgifter växte fem olika teman fram, vilka är:

- *Tidigare erfarenheter av psykiatri och socialtjänst.* Under denna punkt ryms uppgifter om brukarnas eventuella tidigare erfarenheter av kontakter med antingen socialtjänstförvaltningen eller psykiatrin. Detta tema täcker in framförallt frågeställningarna tre och fyra.
- *Vårdmötena,* vilket innefattar exempelvis brukarens kontakt med sitt vårdteam, hur första kontakten togs och av och med vem, antal vårdmöten, var de hållits samt

nätverksperspektivet. Detta tema täcks till viss del in av frågeställning två i det avseendet att vi här bl.a. kan se om antalet vårdmöten samt om de anhörigas deltagande och inflytande ger resultat.

- *Bemötandet*, vilket innefattar exempelvis frågorna om brukarna har blivit respekterade, om de upplever att de har fått förståelse för sina problem av vårdteamet och om brukarna har upplevt att deras vårdteam lyssnat till dem. Frågeställning tre täcks in av detta tema.
- *Inflytande* vilket innefattar frågor såsom i vilken utsträckning brukarna har kunnat påverka sin vård, om de själva har formulerat sitt problem, nätverkets inflytande samt om andra viktiga personer inbjudits att delta i vårdmötena. Den fjärde frågeställningen som handlar om inflytandet motsvarar detta tema.
- *Resultat och verkan av vårdmötena*. Under denna rubrik ryms arbetssättets verkan för brukaren, i vilken utsträckning arbetssättet har passat för de olika brukarna i fråga. Frågeställningarna ett och två täcks in under detta tema.

Utifrån dessa teman konstruerades enkätfrågorna. Enligt Halvorsen (1992) och Trost, (1994) skall alltid ordningsföljden i en enkät vara logisk. Därför bör enkäten inledas med ett antal mindre känsliga frågor för att sedan övergå till frågor som kan upplevas som emotionella. Vidare menar Halvorsen att de svarsalternativ man har bör överensstämma med verkligheten (a.a.). Det var därför viktigt att kontrollera med projektledare Paula Leveau att svarsalternativen var relevanta.

Egentligen skall respondenterna i en enkät inte ombedjas att minnas saker som hänt för mer än en månad tillbaka i tiden (a.a.). I kvantitativa studier bör man vara försiktig med att ställa retrospektiva frågor. Då det görs får man inte veta hur det var då, utan det man får veta är hur den som svarar nu ser på det som var (Trost, 1994). I utvärderingen har det dock varit nödvändigt att ställa retrospektiva frågor. En förhoppning i de fall då vi suttit med vid i fyllandet av enkäterna är att vi då i viss mån kunnat hjälpa dem att minnas och strukturera upp sina minnesbilder. Enligt Trost är det möjligt att använda retrospektiva frågor vid kvalitativa intervjuer då den intervjuades tankegångar kan följas upp (a.a.).

För att i enkäten kunna få en uppfattning om eventuell förändring av brukarnas psykiska hälsotillstånd har General Health Questionnaire 12 (GHQ-12) skalan använts. Den är en vetenskapligt testad metod då man vill mäta psykiskt välbefinnande (Sconfienza, 1998).

I enkäten finns två exemplar av GHQ-12 skalan. En kommer i början där brukaren ombeds att svara utifrån vad han/hon tänker och känner idag. Den andra kommer som det näst sista i enkäten. Där får brukaren tänka tillbaka och svara utifrån hur han/hon tänkte och kände strax innan vårdmötenas början. Då man konstruerar en enkät bör man i största möjliga mån sträva efter att använda frågor som är vetenskapligt beprövade. På så vis undviks misstag i frågeformuleringen samtidigt som man får tillgång till ett jämförelsematerial när man skall tolka sina resultat (Larsson, Lilja & Mannheimer, 2003).

### **3.4 GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (GHQ) 12**

En av de bäst beprövade skalorna för att mäta psykiskt välbefinnande är General Health Questionnaire. Goldberg hette den man som år 1972 för första gången presenterade testet som ett instrument för screening av psykisk störning. GHQ-12 är en kortare version av den ursprungliga General Health Questionnaire-60 (Sconfienza, 1998).

GHQ-12 består av hälften negativa respektive positiva påståenden. Varje påstående ska besvaras på en verbal kategoriskala som har fyra olika svarsalternativ. Det går att använda två olika skalningsmetoder. Den ena är GHQ-metoden och den andra är Likert-metoden vilken vi kommer att använda oss av eftersom den lämpar sig bäst vid jämförelser. Likert-metoden innebär att brukaren får värden från noll till tre på sina skattningar. Påståendenas svar förändras därefter och summeras till en poäng för var och en. Den här skalan är negativ vilket innebär att ett högt värde/hög poängsumma innebär lågt psykiskt välbefinnande och vice versa (a.a.).

Den undersökning vi valt att jämföra brukarnas GHQ-12 poäng med, är en undersökning gjord av Sconfienza, 1998. Dataunderlaget till hennes undersökning är hämtat från tre olika svenska undersökningar av Arbetslivsinstitutet. Av dessa undersökningar är det en tvärsnittsstudie av ett representativt urval ungdomar i Sverige som jämförelsen görs med. Denna ungdomsgrupp består av 1095 personer med åldersintervallet 20 år till 26 år, där medelåldern för gruppen var  $M=22,9$  år (a.a.). GHQ-12 poängen varierade mellan 0 och 32 poäng i ungdomsgruppen. Medianvärdet uppskattades vara 8. Medelvärdet var  $M=9,19$ .

Sconfienza menar i rapportens slutdiskussion att GHQ-12 är ett gott val då man vill studera psykiskt välbefinnande i en normalpopulation. I Sverige saknas dock representativa referensdata. Sconfienza tog därför tillfället att utförligt sammanfatta beskrivande statistik för de olika studiegrupperna. Ungdomarnas psykiska hälsa beskrivs utifrån medelvärden i GHQ-12 poäng som ett endimensionellt mått, beräknat på sedvanligt sätt. I sin slutsats skriver Sconfienza att detta gör det möjligt att använda de mått hon fått

fram i undersökningen som riktmärken och för att jämföra olika resultat med hennes utan att behöva ta till avancerade analysinstrument. De fördelningar i GHQ-12 poäng som presenteras för ungdomsgruppen utgör ett förslag till normvärden för dessa grupper tills ytterligare studier genomförts. Vårt syfte med att använda skalan var att få en bild av brukarnas upplevda hälsa före och efter deltagandet, samt en bild av deras hälsa i jämförelse med vad som kan anses ”normalt” psykiskt välbefinnande.

### **3.5 ANALYS AV DATA**

#### **3.5.1 ENKÄTEN**

Resultatet kommer till viss del att presenteras med hjälp av beskrivande statistik (Byström, 1998) i den mån det är möjligt på grund av det lilla urvalet. Enkäterna kommer att behandlas på olika sätt beroende på om det är en enkätintervju som spelats in på band eller om den besvarats per post. Vi kommer inte att använda oss av SPSS eller något annat statistikprogram för databehandling. Det lämpar sig väl, vid små material, att bearbeta de ifyllda frågeformulären manuellt (Trost, 1994).

I de fall vi träffat brukarna var våra principer under enkätintervjuerna att den ena av oss höll i intervjun och den andre satt bredvid och förde anteckningar samt vid behov ställde följdfrågor. Tanken var att detta förhållningssätt leder till att intervjusituationen blir mer strukturerad. Resultatet kommer att analyseras utifrån utvärderingsteori samt kopplas till tidigare forskning. GHQ-12 resultatet kommer att presenteras utifrån populationens medelvärde idag i jämförelse med det medelvärde som anger deras psykiska hälsotillstånd innan de började med vårdmöten. Dessa medelvärden kommer även att jämföras med ett allmänt index över hälsotillståndet för denna åldersgrupp i Sverige. Vi kan då jämföra i populationen om det är någon skillnad i det psykiska hälsotillståndet före och efter vårdmötesprocessen och således besvara den första frågeställningen. Det är även intressant att se hur projektets populations psykiska hälsotillstånd förhåller sig till normalbefolkningens.

#### **3.5.2 ETISKA ÖVERVÄGANDEN**

Alla brukarna har givit oss informerat samtycke vilket betyder att de blivit muntligt, vissa även skriftligt, informerade om enkätundersökningens generella syfte, uppläggning och de har fått möjlighet att välja om de själva vill delta (Kvale, 1997). De har även erbjudits konfidentialitet (Trost, 1994; Kvale 1997). Det har varit viktigt att skydda brukarnas

identiteter. Presentationen av resultatet sker därför tematiskt och inte efter hur var och en av dem har svarat. Dessa teman är desamma som enkätens utformning bygger på.

De bandupptagna intervjuerna har vi delat upp emellan oss för transkribering. Därefter har transkriberingen kontrollerats av den andre och gemensamt ändrats då vi uppfattat olika. Det finns delade meningar om hur man bör transkribera sitt material enligt Kvale (1997). Något att ha i åtanke vid redigeringen är hur brukarna själva skulle ha velat formulera sig i skrift (a.a.). I resultatet används därför deras egna ord men i vissa fall ändras meningarna så att ordföljden blir korrekt. Detta val baseras på etiska överväganden från vår sida.

### **3.6 EN ANHÖRIGINTERVJU**

En ostrukturerad intervju med ett föräldrapar till en av deltagarna i projektet har genomförts. Vi har en föreställning om att även nära anhöriga till deltagarna i vissa fall kan ses som brukare. Ett sådant fall kan vara då den sjuke i liten utsträckning är kontaktbar eller mottaglig för annan behandling än medicinsk, men där de anhöriga är mycket oroliga och involverade och därför är i behov av stöd och hjälp. Eftersom arbetsmodellen är nätverksinriktad (se vidare kap. 4) och bygger på en föreställning om att hela familjesystemet bör involveras i behandlingen av den hjälpsökande så anser vi att även nära anhöriga i vissa fall kan ses som brukare. I en familj där en familjemedlem drabbas av exempelvis en psykos hamnar hela familjen i en kris och alla behöver ett omhändertagande (Topor, 1996).

En enda anhörigintervju kan inte ge någon djupare förståelse för hur det är att vara nära anhörig till en person med psykisk och eventuell social problematik och delta i vårdmöten. Det går inte heller att generalisera då deras synpunkter inte behöver vara representativa för gruppen. I detta fall kan det dock ändå anses vara intressant och vår förhoppning är att det kan ge en liten inblick i deras situation och en uppfattning om hur ett föräldrapar har upplevt vårdmötena.

Tanken på en anhörigintervju väcktes av det föräldrapar som senare kom att intervjuas. De ansåg att det var av stor vikt att även anhöriga fick komma till tals i utvärderingen eftersom de har varit mycket delaktiga. I kvalitativa intervjuer bör man ha så informationsrika fall som möjligt eftersom det ökar validiteten (Patton, 1990). Att detta föräldrapar varit väldigt insatta och delaktiga i sitt barns vårdmötesprocess sågs som en stor fördel. Vilka konsekvenser detta urval har fått kommer att diskuteras närmare under rubriken studiens begränsningar.

### 3.6.1 INTERVJUGUIDENS UTFORMNING

Inför anhörigintervjun utformade vi en tematiserad intervjuguide. Dessa teman överensstämde till stor del med enkätens teman vilka är:

- *Tidigare erfarenheter av psykiatri och socialtjänst*
- *Vårdmötena*
- *Bemötande*
- *Inflytande*
- *Resultat och verkan av vårdmötena*

### 3.6.2 DATAANALYS AV EN ANHÖRIGINTERVJU

Intervjun med föräldraparet spelades in på band och båda deltog vid intervjun. Den här intervjun kan ses som en form av gruppintervju i det avseendet att intervjupersonerna var två. En fördel med denna form av intervju är att intervjupersonerna gemensamt kan rekonstruera ett händelseförlopp komplettera samt säga emot varandra (Halvorsen, 1992).

I den här intervjun var båda lika delaktiga eftersom det i denna situation kändes som mest naturligt. Resultatet kommer att presenteras utifrån samma teman som används i enkätundersökningen, dvs. *tidigare erfarenheter av psykiatri och socialtjänst, vårdmötena, bemötande, inflytande* samt *resultat och verkan av vårdmötena*. I analysen används utvärderingsteori samt görs kopplingar till tidigare forskning.

## 3.7 VALIDITET, RELIABILITET OCH GENERALISERBARHET

### 3.7.1 ENKÄTEN OCH ANHÖRIGINTERVJUN

För att ha hög *reliabilitet*, det vill säga tillförlitlighet i det som avses att mätas (Trost, 1994) i en enkät, bör man vara mycket noggrann med instruktionerna till enkäten och de enskilda frågorna för att undvika missuppfattningar. Enkäten bör därför testas i förväg, helst på en likvärdig målgrupp (Patel & Davidson, 1994). Reliabiliteten kan anses ha höjts genom vår närvaro då merparten av brukarna fyllde i sina enkäter. Således har eventuella oklarheter kunnat förklaras och förtydligas. Vår närvaro bidrog även till att samtliga frågor blev riktigt besvarade. Till de personer som har besvarat enkäten per post har ett brev bifogats med tydliga instruktioner hur de ska besvara enkäten fråga för fråga. Enkäten har även testats på vänner och bekanta samt på en person med populationens problematik. Reliabiliteten höjdes även genom bandupptagningar av enkätintervjuerna (a.a.). Då projektledaren kontrollerade att

svarsalternativen stämde kring insatser och verksamheternas namn etc., höjdes reliabiliteten ytterligare enligt Patel och Davidsson (a.a.). ”De enda fall där vi kan erhålla ett regelrätt mått på reliabiliteten är när vi använder oss av ett instrument som resulterar i att varje individ får en poäng, t.ex. en attitydskala” (a.a., s.87). GHQ-12 skalan är ett exempel på detta. Enkätintervjuerna kan även till stor del påstås vara så kallade standardiserade intervjuer (a.a.) vilket ger förhållandevis god reliabilitet då brukarna har fått svara på exakt samma frågor. Det som möjligen kan minska reliabiliteten i den retrospektiva utvärderingen är minnesproblemet. Detta problem har dock inte kunnat lösas på grund av att vi som utvärderare kom in för sent i projektprocessen. Ett alternativ hade annars kunna varit att göra t.ex. en effektmätning (Vedung,1991). Ett annat problem i metoden är att enkäterna har fyllts i på olika sätt. Vissa har fyllts i med oss närvarande och är inspelade på band, andra har besvarats per post. Reliabiliteten är förmodligen högre i de fall där vi varit närvarande och spelat in enkätintervjun på band. För att överhuvudtaget få in data var vi dock tvungna att vara flexibla på denna punkt, vilket är något som tas i beaktande i analysen.

Forskarens egen kompetens spelar en stor och väsentlig roll för reliabiliteten inom kvalitativ forskning. Forskaren bör ha empati, intuition samt självinsikt inför den intervjuade och dess världsbild. Det kan hjälpa forskaren att nå god kommunikation och gemensam förståelse för företeelser inom den gemensamma dialogen (Ruth, 1991). Detta har tagits i beaktande i undersökningen. I detta metodavsnitt har vi försökt att på ett tydligt sätt beskriva tillvägagångssättet vid datainsamlingen. För en utomstående bedömare ger det en ökad uppfattning om undersökningens reliabilitet. Det är av stor vikt att vara noggrann och beskriva sitt tillvägagångssätt då man skriver ut och tolkar intervjuer (Kvale, 1997). Vi har även höjt reliabiliteten genom att vara två uttolkare. Reliabiliteten ökar i en undersökning om forskaren innan preciserar det som skall undersökas. Den kvalitativa intervjun inriktas då på vissa områden och ger således forskaren möjlighet att lättare iaktta det man avser att mäta (a.a.). Då både frågeguiden och enkäten är tematiserad utifrån frågeställningarna hoppas vi ha kunnat inringa problemområdet. Enligt Ruth (1991) ligger dessa tankegångar väldigt nära validitetsfrågan.

För att försäkra sig om att det som mäts verkligen är det som avses att mätas, dvs. kontroll av *validiteten*, kan det använda instrumentet granskas genom säkerställning av både innehållsvaliditeten och den samtida validiteten. Med innehållsvaliditet menas att på ett logiskt sätt analysera instrumentets innehåll. Detta kan kontrolleras genom att låta någon utomstående som är kunnig i ämnet granska instrumentet (Patel & Davidsson, 1994). Projektledaren Paula Leveaus kontroll av enkäten anser vi ökade dess innehållsvaliditet. Den

samtidiga validiteten innebär att utfallet jämförs med exempelvis tidigare forskningsresultat. Vi kommer att jämföra GHQ-12 resultatet med en annan studies resultat. Det totala resultatet av utvärderingen kommer att jämföras med bl.a. Västerprojektet, som är ett liknande projekt, i analysen. Genom att presentera resultatet av anhörigintervjun och även resultatet av enkätintervjuerna, med detaljrika och beskrivande citat, har vi förhoppningsvis uppnått hög inre validitet (Shaw & Lishman, 1999).

Enligt Halvorsen vill man ofta gärna kunna dra slutsatser om betydligt fler enheter från sitt material än vad som ingår i sin undersökning (1992). Denna population är alldeles för liten för att kunna generaliseras till hela målgruppen, varken i Sigtuna kommun eller Sverige i stort. Förmågan att *generalisera* utifrån endast en anhörigintervju är väldigt liten medan den inre validiteten är hög (Marsh et al., 1978). Enligt Kvale (1997) bör för stor tonvikt inte läggas på generalisering, utan istället bör den läggas på kunskapens kontextualitet och heterogenitet.

### **3.7.2 TRIANGULERING**

I utvärderingar bör triangulering användas, d.v.s. att se ett fenomen utifrån olika aspekter, för att öka graden av säkerhet samt höja validiteten och reliabiliteten (Shaw & Lishman, 1999). Enligt Patton (1987) finns det fyra vanliga typer av triangulering: metodtriangulering, datatriangulering, undersökartriangulering samt teoritriangulering. Vi har använt oss av flera av dessa trianguleringsformer. Metodtriangulering innebär att fler än en metod används då man undersöker ett fenomen. I detta fall innebär det att både kvalitativa och kvantitativa metoder har använts genom både enkäter och intervjuer samt att materialet har behandlats både kvalitativt och kvantitativt. Datatriangulering används då det finns varierande datakällor, vilket denna studie har. Data kommer ifrån både vårdmötesprotokoll, enkäter, intervjuer samt genom användandet av GHQ-12 testet. Då vi varit två undersökare under hela forskningsprocessen har även till viss del undersökartriangulering använts.

### **3.7.3 STUDIENS BEGRÄNSNINGAR**

Ett alternativt tillvägagångssätt till det som valts hade varit att parallellt utföra en registerstudie av tidigare klient-/patientärenden inom socialpsykiatrin. Det hade varit ett alternativ till en kontrollgrupp som inte finns i denna undersökning. Det hade dock varit ett större projekt än vad vi hade kunnat hantera på tio veckor. Intressant hade det även varit att utföra fler anhörigintervjuer för att få en mer nyanserad bild av deras medverkan. Då endast

en anhörigintervju har utförts kan den inte på något sätt generaliseras. Den säger inte mer än vad just det föräldraparet anser.

### **3.8 METOD FÖR LITTERATURSÖKNING**

#### **3.8.1 URVAL AV LITTERATUR**

I sökandet efter litteratur har vi försökt finna litteratur som kan ge oss en ökad kunskap kring Seikkulas modells användningsområde. I valet av litteratur till den tidigare forskningen har vi i princip läst det vi kommit över. De forsknings- och utvärderingsrapporter samt den litteratur som berör Seikkulas modell är överlag relativt ny. För att ta del av den teoretiska aspekten av Seikkulas modell har lämplig litteratur som behandlar den sökts och detsamma gäller utvärderingsteorierna. Litteratur kring arbetsmodellen och tidigare forskning har avgränsats från 1990 och framåt.

#### **3.8.2 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT**

Litteratur har sökts genom databaserna LIBRIS, PsycInfo, artikelsök samt i bibliotekskataloger på universitetsbibliotek och på kommunbibliotek. Litteraturförslag har även kommit från FoU-nordväst samt genom mail-kontakt med Sparrman, psykolog och familjeterapeut vid psykiatriska kliniken i Skellefteå som för tillfället skriver en avhandling inom detta område.

Sökorden har varit både på svenska och engelska. De ord vi har sökt på är bl.a. psykiatri & nätverk, samarbete kommun landsting/psykiatri, samverkan psykiatri, psykiskt sjuka & socialtjänst, mentally illness, social network, psychiatric disabilities, psychiatric, open dialogues och olika kombinationer av dessa ord.

### **3.9 ETISKA ÖVERVÄGANDEN**

I metodkapitlet har på flera ställen skrivits om våra etiska överväganden. De etiska regler vi försökt följa är enligt nedanstående forskningsetiska grundpunkter:

#### **Forskningsetiska grundpunkter:**

*HSFR (Humanistiska och socialvetenskapliga forskningsrådet) har formulerat fyra allmänna huvudkrav:*

1. Öppenhetskravet, forskaren skall- i etiskt känsliga situationer – informera om sin verksamhet och inhämta samtycke av de berörda.
2. Självbestämmandekravet, de som medverkar i en undersökning ska själva ha rätt att bestämma om, hur länge och på vilka villkor de ska medverka.

3. Konfidentialitetskravet, medverkande bör tillförsäkras största möjliga konfidentialitet och personuppgifter skall förvaras på ett sådant sätt att obehöriga ej kan ta del av dem.
4. Autonomikravet, insamlade uppgifter om enskilda personer får endast användas för forskningsändamål.

(Morén, Blom, 2003 s.49)

Punkterna följdes så till vida att brukarna själva fick bestämma om de ville delta och de fick information om syftet med utvärderingen samt vilka som skulle ta del av den. De har tillförsäkrats konfidentialitet och resultatet presenteras tematiskt och inte utifrån hur varje brukare har svarat. De uppgifter som insamlats kommer endast att användas för denna utvärdering.

## 4. TEORIER OCH FORSKNING OM VÅRDMÖTESMODELLEN

### 4.1 PROJEKTETS ARBETSMODELL

Nedan följer en beskrivning av vårdmötesmodellen och dess viktigaste teoretiska grunder (socialtnätverksperspektiv, socialkonstruktivism och språkssystemiskt synsätt) samt en beskrivning av reflekterande processer vilket också är en metod som man använt sig av under vårdmötena.

#### 4.1.1 VÅRDMÖTESMODELLEN

##### Öppna samtalets grundprinciper:

1. *Alla observationer är rätta*, det gäller klientens, nätverkets och de professionellas. Ingen av dessa personers observationer står över någon annans. Det är av stor vikt att man delger varandra sina observationer eftersom problemet då belyses från flera olika vinklar. En observation är alltid rätt eftersom det är så man har tänkt.
2. *Alla känslor är rätt*, med det menas att när vi hör och ser saker känner vi alltid något. Känslan som då framkommer är korrekt och sann.
3. *Alla observationer och känslor är lika värda*, vilket innebär att man ska undvika diskussioner då klienten/patienten inte är med. Samtalen bör således alltid ske i närvaro av klienten/patienten, dess anhöriga samt vårdteamet.
4. *Det är vars och ens rätt och plikt att tala om sina observationer och känslor*, vilket betyder att alla måste komma till tals och bli lyssnade till då detta delges.

(Pippo, J., Ström, M., personlig kommunikation, 2003-11-21, Märsta)

##### Vårdmötesmodellens grundprinciper:

”Öppna samtals-modellen” eller som vi och de i Sigtuna kommun kallar den, vårdmötesmodellen, bygger på sju grundprinciper.

1. *Omedelbar hjälp*. Efter att första kontakten från patienten tagits, ska ett möte arrangeras inom 24 timmar. Om det inte går att orda ska åtminstone ett möte vara inbokad inom den tidsramen så att klienten/patienten vet när den kommer att få hjälp.

2. *Socialt nätverksperspektiv.* Det innebär att patienten, dennes familj och andra viktiga personer i nätverket alltid bjuds in till det första mötet. Då en familjemedlem mår så pass dåligt att den är i behov av psykiatrisk hjälp drabbas även deras närstående fast deras problem ser annorlunda ut. Enligt Seikkula kan samband ses mellan sociala relationer, livssituation och sjuklighet. Relationer inom det sociala nätverket verkar ha en mångsidig betydelse för individens psykiska välmående.
3. *Flexibilitet och rörlighet.* Behandlingen anpassas efter patientens och nätverkets behov och de terapeutiska metoder som bäst passar ärendet används. Rörligheten består i att mötena sker i patienternas hem. Utifrån vårdmötets frågeställning kan utomstående professionella bjudas in.
4. *Ansvarighet,* vilket bland annat betyder att den professionella som mottagit det första samtalet från patienten har ansvar för att sätta samman ett vårdteam och organisera det första mötet. Inom vårdteamet bär sedan alla lika stort ansvar och det går inte att avsäga sig en uppgift som man åtagit sig.
5. *Psykologisk kontinuitet.* Teamet har ansvar för behandlingen så länge som patientens behov kvarstår. Det kan många gånger ta tid innan klienten/patienten känner den trygghet som behövs för att han/hon ska våga öppna sig. Då detta väl uppnåtts är det av stor vikt att teamet tar till vara på det som framkommer.
6. *Osäkerhetstolerans.* De professionella bör undvika att fatta förhastade behandlingsbeslut. Istället ska de tillåta sig själva att vara osäkra och att sakta bygga upp en förtroendefull relation till patienten. De beslut som tas förhastade är oftast inte några bra beslut. Detta kan många professionella ha svårt med.
7. *Dialog.* Fokus i mötet är primärt att skapa en dialog, i andra hand är syftet att skapa en förändring hos patienten och nätverket. I mötet ska alla lyssna på varandra. Man ska höra och försöka förstå vad den andra känner. Varje mötesdeltagares röst ska vara lika mycket värd. Efter att ha lyssnat till vars och ens röst kan ett beslut formuleras gemensamt.

(Seikkula, Arnkil, Eriksson, 2003; Seikkula, 1996; Pippo, Ström, personlig kommunikation, 2003-11-21).

#### 4.1.2 SOCIALTNÄTVERKSPERSPEKTIV

Att ha ett nätverksperspektiv som behandlare i mötet med en klient innebär att man intresserar sig för klientens hela sammanhang av viktiga relationer. Att behandlaren har ett nätverksperspektiv behöver dock inte betyda att det sociala nätverket deltar i själva behandlingen. Ändå ska man försöka förstå klientens situation i förhållande till hennes sociala nätverk (Forsberg & Wallmark, 1998). Detta synsätt har sin grund i systemteoretiska tankegångar.

Varje problem blir tydligt i pågående mellanmännsliga relationer och aktuella situationer. Det har visat sig vara betydelsefullt att se ett socialt nätverk som ett system som bildas på nytt vid varje interaktionstillfälle. Helheten av en persons relationer och dennes sociala nätverk, är inte ett självständigt system utan ett relationssystem av de människor, som personen själv upplever som viktiga (Seikkula, 1996). I det sociala nätverket har individen flera olika relationer beroende på olika syften med relationen. I nätverket finns flera röster som talar i olika stämmor utifrån den givna situationen. Det är av stor betydelse att i definitionen av socialt nätverk få individens egen uppfattning av nätverket (a.a.).

För det sociala nätverket har Patison och Patison utvecklat analysmetoder (a.a.). De har delat in individens nätverk i fem zoner som bildar olika lager runt kärnan som är individen. 1) *Privata zonen*, vilket innebär de människor som individen lever med och har starka band till. 2) *Närstående zonen*, vilket är de psykosocialt viktiga personer som individen samverkar med. 3) *Effektiva zonen*, tillhör de personer som inte är så viktiga eller som individen enbart har sporadisk kontakt med. 4) *"Namngivna" zonen*, hit räknas bekanta som det knappt existerar någon interaktion med. 5) *Utvidgade zonen*, här finns de bekanta som man har kontakt med via andra människor (a.a.).

Ytterligare en analysprofil för nätverkets egenskaper Seikkula refererar till är Liptons. Han presenterar grundbegreppen för det sociala nätverkets betydelse. Lipton skilde på de interaktionella egenskaperna vilket betyder riktningen för samverkan, dess ömsesidighet eller ensidighet och på de strukturella egenskaperna i det sociala nätverket. Till de strukturella egenskaperna hör nätverkets storlek, nätverkets täthet och grupperingar. De bildar alla sitt eget mikrosystem enligt Bronfenbrenners teori.

#### 4.1.3 SOCIALEKOLOGISK SYSTEMTEORI

Både Seikkula, (1996) och Forsberg, Wallmark, (1998) refererar till Bronfenbrenner och hans utvecklingsekologiska modell vilket beskriver det sociala nätverkets samspel och ekologi.

Den ger en dynamisk syn på en människas hela sammanhang av viktiga relationer, som omfattar både de system hon själv deltar i, mikrosystem- och de hon omges av, meso-och exosystemen. Utöver det finns ett makrosystem- vilket innehåller de övergripande samhällsfaktorernas betydelse.

Med mikrosystem menas de system individen själv ingår i. Det viktigaste mikrosystemet är det där vi just nu befinner oss enligt Bronfenbrenner. Mesosystemet kan liknas vid kontaktvägarna mellan en människas olika mikrosystem. Exosystemet är ett utanförliggande system som individen påverkas av men inte själv tillhör. Slutligen kommer makrosystemet och som vi tidigare nämnt handlar det om samhällets totalitet, såsom kulturella värderingar, lagstiftning samt politik och ekonomi (Forsberg & Wallmark, 1998).

#### **4.1.4 SOCIALKONSTRUKTIVISM**

Enligt det socialkonstruktivistiska perspektivet skapas social verklighet och mening då aktörer i social interaktion utvecklar en gemensam förståelse av världen. Det sociala samspelet formas av språket i ett historiskt och kulturellt sammanhang (Bernler & Johnsson, 2001). Människan ses som aktiv och kreativ och samhället består enligt detta sätt att se på världen av sociala processer. Socialkonstruktivismen fokuserar på hur aktörerna konstruerar verkligheten och på de handlingar som blir resultatet av dessa konstruktioner (Hutchison 1999). Enligt det konstruktivistiska synsättet finns det en mångfald av sociala och individuella erfarenheter och upplevelser och detta ses som något positivt (Payne, 2002). Enligt Hutchison (a.a.) ger socialkonstruktivismen ny mening åt det gamla talesättet inom socialt arbete som säger: ”börja där klienten är”. Tanken är att man måste börja med att låta klienten berätta om hur han/hon ser på sin situation och vad han/hon har för önskemål om vad som ska hända. Klienten ges en möjlighet att under processen inse att det är möjligt att göra en annan tolkning av sin situation. Inom socialkonstruktivismen spelar språket en stor roll. Språket ses som en social handling, en kommunikationsprocess (Stevens, 1998) inte som något som uttrycker en bakomliggande verklighet. Kommunikation får återverknningar på parterna i kommunikationen och på så vis skapar språket i sig det sociala livet (a.a.).

#### **4.1.5 SPRÅKSYSTEMISKT SYNSÄTT**

Harlene Anderson och Harold Goolishian (1992) samt Tom Andersen (1994) är förespråkare för terapi med ett språkssystemiskt synsätt (Borgengren, Gentzell, Eklund, Klingsell & Mossberg, 2001). Anderson och Goolishian (1992) är kritiska till traditionell familjeterapi som de menar oftast grundas på en allmän social teori som bl.a. Talcott Parsons ingående har

beskrivit. Detta synsätt bygger på empirism och objektiv verklighet. Mänskliga system ses som sociokulturella system som är organiserade efter struktur och roll. Dessa system kännetecknas av makt, kontroll, stabilitet och hierarki. För att fylla det totala systemets behov är stabilitet och balans mellan systemets delar och de processer som pågår inom systemet viktiga. Denna syn på sociala system kan liknas vid en "lökteori" där varje socialt system är ett lager som omsluts av ett annat. Varje lager kontrollerar underordnande lager för att själv kunna upprätthålla jämvikt och stabilitet. Enligt detta synsätt blir patologi eller problematiskt beteende hos delar av systemet en avvikelse i social roll och struktur. Terapeutens uppgift blir då att reparera den sociala defekten eller problemet, eftersom denne ses som en expert på behandling, diagnos, sociala system samt dess funktioner. Anderson och Goolishian ser denna syn som problematisk. De förespråkar istället ett samverkande språksystemiskt synsätt. Synsättet bygger på de filosofiska teorierna social konstruktionism och hermeneutik och ses som ett sätt att arbeta med och förstå mänskliga system och dess problem. Detta perspektiv bygger på att det inte finns någon objektiv sanning och system ses som något som bara finns i språk och kommunikativ handling. Kunskap och mening är en produkt av interaktioner mellan människor som äger rum och får sitt uttryck i språket. För att göra våra erfarenheter meningsfulla sätts de samman till historier som skapas och omskapas genom dialoger, både inom en själv och med andra. Man menar att klientens problem är en socialt skapad verklighet som bevaras av de beteenden vi gemensamt kommer överens om i språket. Den terapeutiska processen går ut på att gemensamt hitta en förståelse av "problemet" och dess lösning. Terapeutens roll är att delta i en konversation med de personer som är viktiga för upplösningen av problemet. Denne skall skapa utrymme för det terapeutiska samtalet så att man genom språket kan utveckla en ny verklighet, ett nytt språksystem. Ofta används ordet konsultation istället för terapi för att understryka att terapeuten har en samverkande och inte överordnande funktion i samtalet (a.a.).

#### **4.1.6 REFLEKTERANDE PROCESSER**

Arbetsättet har utvecklats av bl.a. Tom Andersen, psykiater och professor i socialpsykiatri från Norge och hans modell är en av många former av detta arbetssätt. Reflekterande team, eller reflekterande processer som det numera kallas, är en form av terapeutiskt arbetssätt som bygger på systemteori och konstruktivistiska idéer. Det är en intervjustil som används bl.a. i familjeterapi och grundtanken är att de professionella runt ett låst system reflekterar öppet över det som personerna i systemet själva tar upp (Andersen, 1994). Det låsta systemet kan bestå av en eller flera personer.

Rent praktiskt kan det gå till så att en av de professionella utses till intervjuare av systemet. Resten av det professionella systemet, som kan vara alltifrån en person och upp till fyra stycken sitter oftast bakom en envägsspegel men kan ibland också sitta i intervjurummet. I vissa fall kan intervjupersonen vara helt ensam. Medlemmarna i teamet lyssnar sedan under tystnad till den konversation som förs. Team medlemmarna erbjuder så småningom sina tankar till intervjueteamet om de vill det. Medlemmarna i teamet talar då med varandra om sina tankar, frågor och reflektioner som lyssnandet har gett upphov till. När de avslutat sina reflektioner talar medlemmarna av intervjueteamet om vilka tankar som väckts av att lyssna till samtalet. På detta sätt sker en växling mellan att vara en deltagande och lyssnande part i samtalet. I och med detta sker en växling mellan det yttre samtalet (samtalet med andra) och det inre samtalet (samtalet med sig själv). Det leder till att man får två olika perspektiv på det som diskuteras samt två olika utgångspunkter i sökandet efter ny förståelse och nya beskrivningar.

Meningen med att låta klienten/patienten ta del av behandlarnas samtal är att man ser vägen mot målet som är det viktigaste, inte bara målet i sig. Det terapeutiska samtalet ses som en process som har till uppgift att få igång den process som kört fast hos klienten/patienten. Tanken är att det är bra att systemet får se mer av den terapeutiska processen. I dessa samtal utgår man alltid från det som systemet själv definierar som relevant och problematiskt och de professionella undviker att ha några i förväg uppgjorda idéer och hypoteser. En viktig regel är att de professionella skall använda positiva beskrivningar av vad de ser och hör samt undvika kritik.

Varje beskrivning och förklaring av en situation är observatörsberoende och ingen beskrivning är bättre eller mer rätt än någon annan. Arbetssättet syftar till att uppmärksamma och acceptera olika upplevelser eller förklaringar till en viss situation samt att söka efter fler möjliga förklaringsmöjligheter. Genom att ställa frågor till klienten/ patienten istället för att ge råd och förklaringar ges systemet möjligheten att ställa frågor till sig själv som de inte ställt innan. Dessa frågor kan ge många olika svar som i sin tur kan ge upphov till nya frågor. Behandlaren bör bara ta upp reflektioner som är "lagom ovanliga" för systemet. Är reflektionen för ovanlig är det omöjligt för klienten/patienten att internalisera den. Tas istället något som är för vanligt upp, sker ingen förändring alls i systemet (a.a.).

## 4.2 TIDIGARE FORSKNING

Det har varit relativt svårt att hitta tidigare forskning kring just detta arbetssätt med vårdmöten. Vad vi har förstått är Seikkulas arbetsmodell med öppna samtal ännu inte så speciellt välkänd ute på fältet. Förutom att resultat ifrån Keropudas sjukhus i Torneå kommer att visas beskrivs även två svenska forskningsrapporter som vi tagit del av. Dessa beskriver resultatet av att på olika sätt, beroende på verksamhet, arbeta utefter Seikkulas teorier.

### 4.2.1 RESULTAT AV VÅRDMÖTESMODELLEN I TORNEÅ

Jaakko Seikkula, professor i psykiatri på Keropudas sjukhus i Torneå, Finland beskriver i sin bok *Öppna Samtal*, 1996 om ett nytt sätt att se på hjälparbete med människor. Keropudas sjukhus har hand om all psykiatri i Västra Lappland (a.a.).

Alla anställda vid Keropudas sjukhus har utbildning i vårdmötesmodellen, så att alla kan vara med i allt behandlingsarbete. De började arbeta utefter denna modell efter 1983 och syftet var att få de psykiskt sjukas familjer mer delaktiga. Istället för att endast planera ihop med nätverket började man tillsammans att diskutera om hur mötena skulle läggas upp.

1988 års statistik, som förts av sjukhuset, påvisar att de flesta förstagångs-psykotiska kunde åka hem efter första behandlingsmötet utan att bli inlagda på sjukhuset. Samma år började de även att möta patienterna och deras nätverk i patienternas hem och det är nu där mötena sker.

Statistik från och med 1992 visar hur det har gått med alla förstagångs-psykotiska i Västra Lappland. Sjukhusinläggningar och tung medicinerings har nästan blivit överflödigt bland dem som behandlats med "Västra-Lappland-Modellen". Ytterligare statistik påvisar att endast tre av fjorton nyinsjuknade, efter ett år har blivit tvungna att uppsöka sjukhuset igen. Det goda resultatet förklaras med att man vid det första tillfället mobiliserade det sociala nätverket så att de blev delaktiga i vården. Det hjälpte då patienten att förändra sina livsrutiner så att sjukhusvård senare inte har behövts (a.a.).

Patienten ses som ansvarig för sitt liv och uppmuntras till att så snart som möjligt återgå till sitt normala liv och arbete. Varje psykotisk patient som skickas till sjukhuset bör först tas emot på öppenvårdsmottagningen. Där börjar arbetsgruppens arbete med krissituationen, tillsammans med det sociala nätverket, för att försöka hitta alternativ till sjukhusvård. Mellan familjen och arbetsgruppen skapas en samarbetsrelation, för att lösa ett gemensamt problem. I de fall där familjen inte vill delta eller om det inte finns varken familj eller annat nätverk, bildar den mottagande arbetsgruppen ett relationsnätverk. Då kan ett nätverkscentrerat arbete ändå påbörjas, oavsett om patientens nätverk finns med eller inte.

Inom Torneås psykiatriska vårddistrikt innebär kontinuitet att samma arbetsgrupp som vårdat patienten fortsätter med vården efter sjukhusvistelsen. För att bemöta krissituationer mobiliserar personal både från den öppna vården och från sjukhuset. Om en person har upprepade psykiska kriser eftersträvar personalen att samma arbetsgrupp finns kvar och tar vid på nytt. Särskilt för nyinsjuknade är tidiga åtgärder en avgörande faktor.

#### 4.2.2 VÄSTERPROJEKTET

Västerprojektet är ett projekt som ägde rum mellan Vuxenpsykiatriska basenheten psykiatri Västerås och proAros som är en utförarorganisation inom Västerås kommun. Projektet pågick mellan den 1 april 1996 och den 31 december 1998. Då projektet avslutades i november 1998 hade 152 ärenden aktualiserats. Projektet var omfattande och flera hundra personer från olika instanser kom att beröras. Målgruppen för projektet var de psykiskt funktionshindrade, boende i Västerås västra stadsdelar som var aktuella inom psykiatrin eller proAros.

Ett av projektets mål var att utveckla en arbetsmodell utifrån ett nätverksorienterat arbetssätt tillsammans med den enskilde och dennes anhöriga/nätverk samt olika samarbetspartners. Ett annat mål var att genom snabba insatser förhindra, förebygga eller förkorta inläggningar. En annan målsättning avsåg att öka kunskaperna om och tydliggöra ansvarsgränserna för respektive organisation samt att förbättra kvalitén på insatserna för målgruppen (Sandén, Lögdö, Paiardi, Piipo, Ström & Ström, 1998).

Västerprojektet bygger på den nätverksorienterade vårdmodellen som utvecklades på Keropudas sjukhus i Torneå, Finland och det är detta arbetssätt som inspirerat. Utgångspunkten för samverkansprojektet var vårdplaneringsmöten.

Utvärderingen som gjordes hade en mixad design och byggde på både kvalitativa och kvantitativa metoder med bl.a. enkäter och intervjuer som genomfördes i början av vårdmötena samt då man deltagit i vårdmötena i 6 månader. Utvärderingen omfattade flera olika områden: klienterna/patienterna, personalen, närstående, andra myndigheter samt ekonomi.

Klienternas/patienternas upplevelser av projektet var enligt utvärderingen övervägande positiv. Många av brukarna upplevde en ökad delaktighet, ett större inflytande och ett ökat självförtroende samt ökat självförverkligande. En annan uppfattning var att i och med de anhörigas delaktighet i vårdprocessen, vilket gav dem stöd i sin roll som anhörig, så upplevde brukarna att deras egen situation förbättrades. Att få kontinuitet i vården upplevdes även det som positivt. Detta till trots ansåg sig de flesta ha lika stort behov av organisationernas hjälp efter som före sin medverkan i projektet.

Vid en enkätundersökning som gjordes med anhöriga sex månader efter det första vårdmötet framkom att majoriteten av de anhöriga hade positiva erfarenheter av arbetssättet. Många positiva aspekter framkom, bland annat en känsla av lättnad, trygghet och förståelse. Trots det hade många inte sett några större förändringar varken i sin egen eller i klientens/patientens situation (a.a.).

#### **4.2.3 BUP PROJEKTET I GÄLLIVARE**

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i Gällivare som arbetat efter en liknande modell, skildrar i boken *"Man kan inte så noga veta..."* (Kjellberg, 2001) hur de professionella tillsammans med de familjer och de samarbetspartners de har, arbetar med öppna samtal.

Frågor som diskuteras i boken är bland annat hur de professionella på BUP i samverkan med olika samarbetspartners och patienter, tillsammans ska utveckla ett kliniskt utrednings- och behandlingsarbete anpassat efter patienternas och samarbetspartnerns behov av hjälp.

Den övergripande teoretiska referensram de använt sig av under forskningsprocessen är social konstruktivism och det kliniska förhållningssätt de arbetat efter är arbete med reflekterande processer. Arbetsteamet består av fyra psykologer, tre socionomer och två läkare. Tanken är att alla i detta team primärt ska kunna möta dem som önskar hjälp, oavsett vilken problematik det rör sig om (a.a.).

#### **4.2.4 PATIENTERS ÅSIKTER OM PSYKIATRISK VÅRD**

Anne Denhov (1999) skriver i sin rapport om vad patienter tycker har varit till hjälp i psykiatrisk vård. Syftet med hennes rapport är att ta reda på vilka insatser från den psykiatriska vården som patienterna anser har varit till hjälp för dem (a.a.). Det som kommer fram i de kvalitativa intervjuerna med 16 män och 13 kvinnor, om vad som har varit till hjälp för dem, är en kombination av personalens bemötande, slutenvården i sig, medicin och medpatienter. Det viktigaste i alla patienters berättelser handlar om relationer. Patienterna uppger, vad gäller relationen till personal, att det är hjälpanande när en personal inte agerar med en förväntad personalroll. Det vill säga när personalen uppträder som om det fanns en jämbördig ömsesidighet i relationen, att personalen ser patienten som den person han är. Samtidigt är det mycket viktigt att personalen har den kunskap som behövs för att hjälpa den sjuka patienten. Det är viktigt att personalen agerar så att patienterna känner sig bekräftade och respekterade både i tillstånd som välfungerande och som sjuka. I denna undersökning framkom att patienterna har en önskan om individualisering av bemötandet och

vårdinnehållet. Patienterna vill känna sig som unika personer som är värda att lyssna till, ta på allvar och resonera med (a.a.).

#### **4.2.5 RESULTAT AV EN KVANTITATIV STUDIE OM PSYKISK OHÄLSA**

Forsell och Hansson (2001) har i en rapport "*Psykisk ohälsa och behandlingsbehov ur ett befolkningsperspektiv*" sammanställt resultatet från en PART-studie (psykiatri, arbete och relationer), vilken är en kvantitativ epidemiologisk undersökning av den psykiska hälsan hos personer 20-64 år boende i Stockholms län. I Stockholms län har man upptäckt att vårdkonsumtionen på grund av psykisk ohälsa har ökat med 25-30% de senaste åren och då framför allt inom den psykiatriska öppenvården. Syftet med denna rapport är dels att beskriva behovet av psykologiskt/psykiatriskt stöd, hjälp och terapi. Rapporten vill även beskriva personernas egna åsikter om vilken typ av vård de vill ha och av vem. De flesta studier påvisar att de personer som drabbats av psykisk ohälsa oftast söker hjälp hos primärvården och då oftast på grund av kroppsliga symtom. Författarna undrar därför om psykisk ohälsa möjligtvis har avdramatiserats i den yngre generationen eftersom samhället har förändrats. I rapporten framkom att den behandling som föredrogs av personer som hade aktuell vårdkontakt var läkemedel och samtal. Detta svar kan man jämföra med svaren från dem som inte tidigare hade haft någon vårdkontakt, vilka svarade: "samtal och terapi". Författarna menar att det kan bero på fördomar som funnits mot mediciner innan. Dessa fördomar har förändrats när man kommit i kontakt med medicinerna och ökat sin kunskap om dem. En annan förklaring är att mediciner är det enda som erbjudits och att det då accepterats som en bra behandling. Denna studie har visat att 80 % av dem med psykisk ohälsa har icke tillgodosedda vårdbehov och att det är störst i den yngsta åldersgruppen 20-34 år.

## 5. RESULTAT

### 5.1 DELTAGARNA

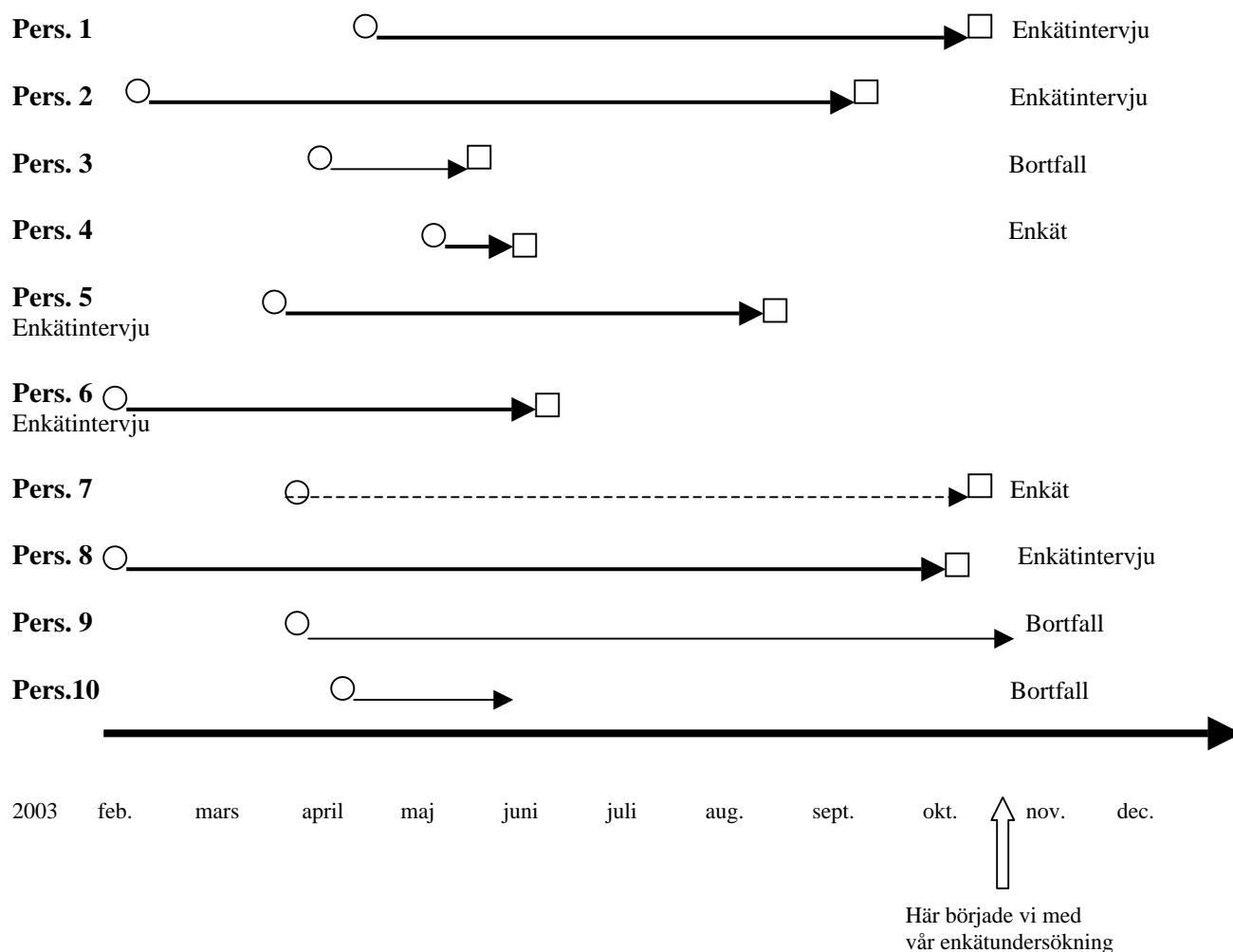
Här följer en kort presentation av samtliga tio deltagare i projektet. Informationen bygger dels på uppgifter från projektledaren och andra kontaktpersoner samt från de vårdmötesprotokoll som fanns dokumenterade fram till mitten av oktober. I presentationen av deltagarna avslöjas så pass lite som möjligt om dem för att öka deras konfidentialitet.

Samtliga deltagare är i åldersgruppen 18- 25 år. Sju av dem är kvinnor och tre är män. Deltagarnas olika problematik är följande: social fobi, ospecificerad psykisk problematik, psykos, LVU i hemmet, panikångest och missbruksproblem, depression, svår ångest samt i behov av arbete och egen bostad och slutligen en person som har rymt från ett familjehem. I tre av fallen fanns även behov av ekonomiskt stöd.

Deltagarna har kommit i kontakt med projektet på olika sätt. En deltagare har själv ringt till öppenvårdspsykiatrin. En annan person har på eget initiativ tagit kontakt med socialpsykiatrin. För en tredje person initierades kontakten via en terapeut inom kommunen som för deltagarens räkning kontaktat öppenvårdspsykiatrin. Två personer har varit inlagda på slutenvårdspsykiatrin och därefter blivit överförda till öppenvårdspsykiatrin. I två övriga fall har föräldrarna ringt till socialpsykiatrin för sin son/dotters räkning. I ett annat fall har en kontakt återupptagits via socialpsykiatrin. I ett ärende har kontakten påbörjats genom remiss från husläkare till öppenvårdspsykiatrin. Slutligen har en kontakt förmedlats från en handläggare på familjenheten till en handläggare inom socialpsykiatrin.

Datainsamlingen har skett på lite olika sätt. Två personer har vi träffat och intervjuat i deltagarnas hem. Intervjuerna spelades in på band. Två intervjuer genomfördes på kafé varav den ena intervjun spelades in på band. Två andra personer fick enkäten hemskickad efter egna önskemål och de har besvarat dem på egen hand och återsänt dem. En deltagare har intervjuats i en av socialpsykiatrins lokaler. Intervjun spelades in på band. I bortfallet finns en person som har nekat till att delta i utvärderingen och vi har inte fått lov att ta kontakt. I ett annat ärende är deltagaren försvunnen och efterlyst av polisen och har därför inte kunnat bli tillfrågad. Utvärderingens tredje bortfall rör en person som under hösten periodvis varit intagen för psykiatrisk slutenvård och inte har varit kommunicerbar för intervjufrågor enligt kontaktpersonens bedömning.

### 5.1.1 ÖVERSIKT AV DATAINSAMLINGEN



○ = Start av vårdmöten

□ = Vårdmötena avslutade

→ = Deltagit i utvärderingen

—→ = Ej deltagit i utvärderingen

----→ = Deltagit i utvärdering. Saknas uppgifter om när kontakten avslutades

*Kommentar:* Det varierar mycket beträffande hur lång tid de olika deltagarna har varit i kontakt med vårdmötesteamet samt när kontakten inleddes och avslutades. De personer som har haft en längre kontakt är även de personer som till störst del har ställt upp i en enkätintervju.

### 5.2 DELTAGARNAS ERFARENHETER AV PROJEKTET

Här följer en redovisning av enkätsvaren. Resultaten presenteras tematiskt och inte enligt enkätfrågornas ordningsföljd. De flesta frågorna kommer dessutom att belysas med citat från

enkätintervjuerna. Temana är som tidigare nämnts: *tidigare erfarenheter av psykiatri och socialtjänst, vårdmötena, bemötande, inflytande* samt *resultat och verkan av vårdmötena*. Varje tema kommer att sammanfattas med en avslutande kommentar.

### **5.2.1 PERSONDATA**

I enkätundersökningen deltog två män och fem kvinnor i åldrarna 19-25 år. Av dessa arbetade tre personer innan de kom i kontakt med vårdmötena och fyra personer var arbetslösa. Idag är det tre som arbetar, tre som är sjukskrivna och en person som är arbetslös. Innan vårdmötesinsatsen hade en person eget boende, tre personer bodde hemma hos sina föräldrar, två bodde ihop med sin partner och en person bodde tillsammans med en kompis. Inget av dessa boenden var ordnade av kommunen. Idag har två personer eget boende, två andra bor hos sin/sina förälder/föräldrar, en person bor ihop med sin partner och två personer bor tillsammans med kompisar. Inte heller något av dessa boenden är ordnade av kommunen. Beträffande utbildningsnivå har samtliga deltagare påbörjat grundskolan och sex av dem har avslutat den. Samtliga har även påbörjat en gymnasieutbildning (inkl. Individuella programmet). Av dessa har tre personer slutfört utbildningen. Två personer har även påbörjat en folkhögskoleutbildning, men ingen av dem har avslutat den. Slutligen har tre personer uppgivit att de påbörjat Komvux och av dessa har en person slutfört sina komvuxstudier

*Kommentar:* I undersökningen deltar fler kvinnor än män. Andelen som uppger att de arbetar är oförändrad då man jämför före och efter vårdmötestiden. Idag är det fler deltagare som är sjukskrivna än det var innan vårdmötestiden medan endast en person idag är arbetslös. Angående boendet så har inga större förändringar skett och det går tydligt att utläsa att ingen har fått hjälp med boende av kommunen, varken före eller efter vårdmötestiden. Det är endast tre av våra sju deltagare som har slutfört en gymnasieutbildning. Av eftergymnasiala utbildningar så är det bara en person som har avslutat en sådan och det var komvuxstudier.

### **5.2.2 TIDIGARE ERFARENHETER AV PSYKIATRIN OCH SOCIALTJÄNSTEN**

*Tidigare kontakter med psykiatrin:* Av deltagarna har 3 av 7 inte någon tidigare erfarenhet av psykiatrin. De deltagare som har erfarenheter berättar följande om sina tidigare kontakter.

En av deltagare berättar detta om sina tidigare erfarenheter av öppenvårdspsykiatrin:

*”- Jag blev remitterad till läkare på öppenpsykiatri av rehab för ett år sedan. Remissen tappades bort och jag blev så jävligt förbannad när jag senare kom i kontakt med vårdmötet och fick en läkartid på en gång. Jag vet att det bara är läkaren som kan hjälpa mig. Det är mycket tid som har gått förlorad och jag har mått riktigt dåligt.”*

Här följer en beskrivning av en annan deltagares erfarenheter av slutenvårdspsykiatri:

*”- Den var inte speciellt bra..... det är friare att vara hemma än att vara inlagd på slutenvård... det kanske är bra för sådana som inte har så bra hemma och sådär som behöver regelbundna måltider och sådär. Men det är inte så bra för mig att inte få röra mig fritt utomhus... man mår inte bra av att vara instängd som man var där. Mina föräldrar fick hälsa på mig... men dom fick inte träffa läkare utan bara vårdpersonalen. Jag tycker att det var väldigt segt med läkarhjälpen där också... och hjälpen från personalen, för personalen satt mest framför sina datorer på expeditionen eller i personalrummet. I början så blev jag lite chockad när jag kom till slutenvård över hur människorna var där....Ja det var ganska hemskt faktiskt att vara inlagd där... det är något jag inte vill tillbaka till.”*

En annan person berättar om sina tidigare erfarenheter av barn-och ungdomspsykiatri:

*”- Ja, på PBU gick jag när jag var fyra – fem år tror jag, sedan gick jag när jag var nio och sedan så gick jag en gång precis innan det här. Jag tycker det har varit väldigt bra faktiskt.”*

En deltagare har varit i kontakt med psykiatri vid ett tidigare tillfälle. Då togs kontakten med psykiatri på ett av Stockholms sjukhus:

*”- Där fick jag bara prata med en sjuksköterska eller vad det var, typ i en kvart eller så. Jag fick en remiss till en psykolog efter en månad ungefär och så fick jag lite medicin och sömntabletter. Hos psykologen var jag bara en gång eller nåt tror jag, det kändes inte alls bra. Jag behövde ändå prata med någon så jag kände en mentalsköterska som hjälpte mig. Så det är tack vare henne jag blev normal igen eller vad man ska säga”.*

*Tidigare kontakter med socialtjänstförvaltningen:* Av deltagarna har 4 av 7 inte någon tidigare erfarenhet av socialtjänsten men de 3 deltagare som haft det berättar följande.

En person har fått ekonomisk stöd. Så här berättar han/hon om det:

*”- Jo jag har fått ekonomiskt stöd, det var under tiden jag studerade... eller tiden efter jag studerade som jag fick ekonomiskt stöd. Det fungerade bra... jag blev faktiskt överraskad att man fick socialbidrag så lätt. Jag hade fått för mig att man skulle ha världens... ja... att det skulle vara ganska svårt att få det... kanske att man skulle behöva ha familj och barn och ingen inkomst. Jag hade inte förväntat mig att en ungdom som precis hade slutat gymnasiet kunde få socialbidrag. Men jag var ju tacksam över det för jag behövde den hjälpen då.”*

En annan person berättar om sina tidigare erfarenheter av socialtjänsten eftersom han/hon har varit i kontakt med familjeenheten:

*”- Nä men typ den hjälp jag fick, det var att jag inte kunde bo med morsan, så då hjälpte dom mig att hitta en massa ställen att bo på. En del ställen var helt ok, men en del var typ inge bra... Ja det var familjehem och så var det typ behandlingshem eller nåt... Det har varit lite knepigt med dom sociala, för jag har fått byta kontaktperson flera gånger. En del ställen där de lämnade mig, som jag fick bo på, de var helt ok, men en del var jättedåliga... och jag sa liksom, när de skickade mig till Skokloster, att jag kommer inte att vara kvar där länge, och det var jag inte heller. Jag typ ”sitter ihop” med mina kompisar och då måste jag åka hit på helgen för att kunna träffa dom och pojkvännen en gång i veckan. Sedan måste jag åka hem igen. Så jag sa att jag inte kunde göra det. Dom lyssnade inte på mig när jag sa att det inte skulle fungera utan sa bara - ge det bara en chans, och det gjorde jag. Men det blev ju som jag trodde att det skulle bli.”*

Vidare berättar personen följande om ett behandlingshem han/hon varit placerad på:

*”- Det blev inte direkt bättre där, jag åkte dit för att jag inte skulle festa så mycket. Jag slutade festa men istället började jag med droger. Vi var fyra personer som dom hade satt ihop, jag som typ drack hela tiden och dom som drogade hela tiden. Jag drogade bara för att det var så lätt att få tag på det, det var bara att gå ut igenom dörren och knacka på den andra dörren, så fick man tag på det.”*

En deltagare har varit i kontakt med socialtjänsten sedan barndomen. Denna kontakt minns personen inte så mycket om. Strax efter gymnasiet återupptogs kontakten med socialtjänsten:

*”- De ville veta om mina framtidsplaner och sådär eftersom jag precis hade gått ut gymnasiet. Vi hade samtalskontakt några gånger, det var väl mest bara det.”*

*Kommentar:* Fler än hälften av deltagarna har tidigare varit i kontakt med psykiatrien på olika sätt. För tre av dessa fyra personer har erfarenheterna i varierande grad varit negativa. De negativa erfarenheterna handlar om borttappade remisser till öppenvårdspsykiatrien och lång väntetid, inläggning på slutenvårdsavdelning som beskrivs som isolering och förvaring av svårt sjuka människor som inte får någon behandling annat än medicinsk. Den tredje erfarenheten är från en psykiatrisk akutmottagning. Deltagaren upplevde att han/hon endast fick samtalsstöd i en kvart och att han/hon därefter lämnades med lugnande medicin och sömntabletter i väntan på en psykologkontakt en månad senare.

Ett färre antal av deltagarna har varit i kontakt med socialtjänsten tidigare. Den av deltagarna som fått ekonomiskt stöd är mycket nöjd med hjälpen. Däremot har personen som varit familjehemsplacerad några positiva, men mest negativa erfarenheter av socialtjänsten och av dess bemötande. Flera gånger fick personen byta kontaktperson och kontaktpersonerna har inte lyssnat på hans/hennes önskemål.

### **5.2.3 VÅRDMÖTENA**

*Hur kontakten har tagits:* Deltagarna har uppgivit flera olika svar på frågan hur de för första gången fick höra talas om vårdmöten. 2 personer svarar att det var av handläggare på socialtjänsten, 1 person svarar att det var av personal från öppenvårdspsykiatrien, 1 person har fått upplysningen från en läkare, 2 personer via en psykolog/terapeut och 1 person av förälder. Slutligen uppger 1 deltagare att han/hon för första gången fick höra talas om vårdmöten från Torget (en förebyggande verksamhet som tidigare fanns inom kommunen). Den första kontakten togs i 3 fall med socialpsykiatrien, i 3 fall med öppenvårdspsykiatrien och i 1 fall med Vårdcentralens psykolog.

*Antalet vårdmöten:* Svaren på frågan om hur många vårdmöten deltagaren hittills har deltagit i varierar. En person uppger att han/hon haft 2 stycken vårdmöten, en annan har haft 4 eller 5 stycken möten. Någon har uppgett att han/hon har haft cirka 10 stycken möten, två personer har haft cirka 20 möten och en deltagare uppger att han/hon har haft ungefär 44 stycken möten. Dessutom har vi ett internt bortfall i frågan. Många av deltagarna hade svårt att svara på denna fråga. Så här kunde det låta:

*”- I genomsnitt var det ju varje vecka, sedan så vart det ju... under sommaren hade vi ingenting och sedan var det varannan vecka och så. Så februari, mars april, maj... om det var ungefär en gång i veckan då... kan det vara typ 20 då eller någonting? Det är inte direkt så att jag har räknat och fört statistik.”*

*”- Det är kanske en gång i veckan sedan i januari, det blir väl...mars, april, maj, juni, juli, augusti, september, oktober, november... 11 gånger 4 vad är det...22, 44. 44 möten kanske. Det kanske är för mycket... ja det kan vara lite mindre också.”*

*Anhörigas deltagande i vårdmötena: 3 personer svarar att anhöriga deltog ibland och 4 personer uppger att anhöriga aldrig deltar/har deltagit. På den öppna frågan om vad deltagarna tyckte om att de anhöriga hade möjlighet att delta fick vi följande svar:*

*”- Mina föräldrar fick vara med ett tag också men det var ju med lite övertalning kan jag säga för i början ville jag inte ha med mina föräldrar. Men så sa dom att dom rekommenderade det och då sa jag: - ja ok då, och då började vi vara här. Men såhär efteråt så har jag tyckt att det var ganska bra ändå, för att jag har liksom fått bättre kontakt med mina föräldrar. Som det känns nu så är jag väldigt tacksam och jag känner väldigt stort stöd från mina föräldrar. Så jag är glad att de har fått vara med på mötena. Om dom inte hade fått vara med alls så hade dom, liksom jag i början, inte förstått vad det är frågan om. Men när dom har fått vara med har dom fått höra min sida och så har dom själva fått yttra sig lite och så. I början blev jag lite sur när dom skulle yttra sig för jag har lite svårt för när dom kritiserade mig om någonting. Sedan har jag förstått att det är viktigt för dom att säga vad dom tycker och tänker också.”*

*”- Jag vet inte, har inte funderat på det. När dom frågade mig om det så svarade jag nej. Mina föräldrar hade inte tid. Dom är skilda och mamma bor långt bort.”*

*” Bra!”*

*”Jag tycker att det är positivt. För då får dom också veta hur dom kan hjälpa.”*

*”- Det är väl bra tycker jag, därför att dom ser ju mina problem ur andra synvinklar dom fick ju höra vad jag tyckte och kände då och så kan dom berätta ur sin synvinkel.”*

*”- Det är bäst att dom inte följer med. I alla fall inte morsan, hon babblar så mycket.”*

*”- Ja... det var ju bra...men jag ville inte blanda in mina.”*

*Kommentar: Det är en stor spridning på frågan hur deltagarna för första gången fick höra talas om projektet och inget tydligt mönster går att utläsa. Angående vem första kontakten togs med kan ses att svarsfrekvensen är lika mellan socialpsykiatrin och*

öppenvårdspsykiatrin. Det går att utläsa att deltagarnas upplevelse av antalet vårdmöten de deltagit i kraftigt varierar. I tre av fallen har anhöriga *ibland* deltagit i vårdmötena. I fyra fall har anhöriga *aldrig* deltagit. Trots detta uttalar sig fem personer positivt om att anhöriga har haft möjlighet att delta i vårdmötena. Deras argument var bland annat att det då ges fler synvinklar på problemet, att familjemedlemmarna förstår varandra bättre, då alla får möjlighet att yttra sig samt att de anhöriga blir mer delaktiga och får veta hur de kan hjälpa till. En person hade svårt att uttala sig om anhörigas deltagande medan en annan var negativ till det då han/hon ansåg att det var bäst att anhöriga inte är med vid vårdmötena.

#### 5.2.4 BEMÖTANDE

*Omedelbar hjälp?* På frågan om deltagaren upplevde att han/hon fick hjälp snabbt då de blev erbjuden vårdmöten blev svarsfördelningen följande:

<b>Nej, för sent</b>	<b>Nej, lite för sent</b>	<b>Varken snabbt eller för sent</b>	<b>Ja, ganska snabbt</b>	<b>Ja, snabbt</b>
0	0	0	5	2

*Förståelse från vårdteamet:* Deltagarna har fått svara på frågan i vilken utsträckning vårdmöteteamet har haft förståelse för hur det är att ha ett problem som deras?

<b>I liten utstr.</b>	<b>I ganska liten utstr.</b>	<b>Varken liten eller stor utstr.</b>	<b>I ganska stor utstr.</b>	<b>I stor utstr.</b>
0	2	1	3	1

Så här berättar fyra deltagare om hur vårdteamet har förstått dem:

*”- Dom har lyssnat på mig så det har fått mig att må bättre. Jag tycker att dom har hjälpt mig. Det har inte varit så mycket att vi har varit här för planeringen utan jag har känt att dom vill att jag ska bli frisk liksom.”*

*”- De har varit ganska snälla mot mig men jag ser vårdmötena som en planering att det skulle hända en massa grejer. De har varit jävligt hjälpsamma, X (säger namnet på en person i vårdmöteteamet) försöker alltid fixa allt, fixar läkartid, det som är svårt för mig att göra...det är hur bra som helst.”*

*”- På vårdmöten blir man mer typ bemött som mer vuxen. Ja liksom, vad ska jag säga, dom daddar inte så mycket med en, typ ”-så där kan du inte göra” Det är som att man blir bemött på ett mer vuxet sätt liksom.”*

En annan deltagare berättar:

*”- Jag har ju pratat med dom och dom har förstått och lyssnat på mig och kommit med förslag. Sen har dom ju hjälpt mig med att gå till Arbetsförmedlingen och andra ställen och ringa omkring och sådär.*

Något som denna deltagare inte tyckte var så bra var att alla i vårdteamet ibland inte kunde närvara samtidigt.

*”De var ju tre stycken då och ibland hade dom inte tid att vara alla tre där så då var det kanske två stycken där ibland och då var det någon som inte hängde med nästa gång.”*

Denna person tyckte att det märktes att vårdmötesteamet kom från tre olika verksamheter.

*”-Jag tycker att det var bra eftersom alla tänker på olika sätt och speciellt om man håller på med olika saker.”*

Under denna deltagares vårdmöten använde vårdmötesteamet ibland sig av reflekterande processer. Så här beskriver personen det:

*”- Det kändes lite konstigt i början jag är inte van att folk pratar så, så det var lite annorlunda bara. Det kändes helt ok fast lite konstigt sådär. Fast det är ju bättre att jag får höra när dom pratar och tänker och så där tycker jag.”*

Deltagarna har även fått svara på frågan i vilken utsträckning vårdmötesteamets bemötande hjälpt dem att våga prata om sina problem. Svarsfördelningen blev följande:

**I liten utstr. I ganska liten utstr. Varken liten eller stor utstr. I ganska stor utstr. I stor utstr.**  
**0 2 2 2 1**

Här är några av kommentarerna ifrån intervjuerna:

*”- Dom lyssnade mycket och var intresserade och satte mig i centrum. Dom frågade mycket om hur jag mådde, frågade mycket frågor omkring mig som jag är ovan med. Fokus sattes väldigt mycket på mig och mina intressen och vad jag hade för önskemål och så... Dom tog och satte sig ner och tog sig tid att prata med mig liksom, hur jag mådde och varför jag var lite ledsen och vad dom kunde göra för att hjälpa mig. Liksom frågor runt mig som jag*

*uppskattar att dom tog upp. Det får en att känna sig lite viktig, när någon bryr sig liksom lite, att man är lite betydelsefull.”*

*”- I början hade jag svårt att öppna mig men man vänjer sig”*

*Kommentar:* Alla deltagare upplever att de fått hjälp snabbt då de sökte hjälp. På frågan om de upplever att vårdmöteteamet har haft förståelse för deras problem har svaren varierat och sträcker sig från *i liten utsträckning* till *i stor utsträckning*. En deltagare har sett vårdmötena mest som en planering medan en annan har upplevt att vårdmötena har fått honom/henne att må bättre. Två personer berättar att de genom vårdmötena fått hjälp att ta kontakter med exempelvis andra myndigheter samt att boka in läkartider. Detta har de upplevt som positivt. Deltagarna har även betonat att det känts bra att de blivit lyssnade till. Det är stor spridning på svaren på frågan om i vilken utsträckning vårdmöteteamets bemötande har hjälpt deltagarna att våga prata om sina problem. Det finns ungefär lika många positiva som negativa svar.

#### **5.2.5 INFLYTANDE**

*Vem har bestämt plats för vårdmötena och vilka som skulle delta?* Frågan om deltagarna fått bestämma var vårdmötena skulle äga rum besvarades enligt följande:

<b>Alltid</b>	<b>Ofta</b>	<b>Ibland</b>	<b>Aldrig</b>
<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>

Så här svarar några av deltagarna:

*”- Jag är osäker på om jag fick bestämma var vi skulle vara någonstans, men det var ok att vi träffades på psykmottagningen.”*

*”- Det var nog mest jag faktiskt och ibland bestämde X (nämner en person i vårdmöteteamet). Det var lite fifty fifty. ”*

*”- Ja, dom föreslog och jag sa att det var ok.”*

En deltagare uppger att han/hon ibland har fått bestämma var vårdmötena skulle äga rum:

*”- Ja det är ju dom som jag har pratat med som föreslagit. Det var t.ex. typ - Är det ok att vi åker till Y? Inte alla gånger men ibland, fast det spelade ingen roll”.*

Det är 4 personer som svarat *ja* och 3 personer som svarat *nej* på frågan om de fått bestämma vilka som skulle vara med i vårdmötena. Följande citat kommer från de personer som inte upplevde att de fick bestämma vilka som skulle delta i vårdmötena:

*”Jag tycker att det var jobbigare att prata i grupp än om det bara hade varit psykologen som jag egentligen kom dit för att träffa. Jag ser ingen mening i att prata med sociala och vårdare. Jag ville bara träffa psykologen.”*

En annan deltagare har ungefär samma åsikt som föregående:

*”- Eh, dom var tre stycken, men det hade egentligen räckt med två, den ena behövde egentligen inte vara med. Det var min kontaktperson och en från ekonomi och så var det en ifrån... psykolog eller nåt sådant där. Men jag behövde bara hjälp med ekonomin och från min kontaktperson. Den andra hon satt ju och lyssnade men... eller så gick hon iväg... jag behövde ju inte henne...lite störde jag mig på det. Det var ju inte henne jag skulle prata med.”*

En deltagare hade önskat att vårdteamet skulle ha väntat tills att han/hon själv hade fått föreslå vilka andra som skulle bjudas in till vårdmötena.

*”- Jag kanske skulle velat ha bestämt, alltså kunnat nämna det själv om jag hade velat att t.ex. mina föräldrar skulle vara med. Då kanske jag skulle säga det själv istället för att dom varje gång skulle säga – Ja du kanske ska ha med dina föräldrar, du kanske ska ha med dina föräldrar. Till slut så... alltså jag är ganska lättövertalad så till slut sa jag..jo men visst och sedan kanske det känns helt fel. Men till slut så blev det ju bra ändå i alla fall. Men för alla kanske det inte blir det.”*

*Deltagarnas önskemål och synpunkter:* Deltagarna har i enkäten blivit tillfrågade om i vilken utsträckning deras önskemål och synpunkter uppmärksammades under vårdmötena. Svaren fördelades enligt följande:

**I liten utstr. I ganska liten utstr. Varken liten eller stor utstr. I ganska stor utstr. I stor utstr.**  
**0 1 1 3 2**

Här följer några av kommentarerna från deltagarna på denna fråga:

*”- Jag tycker faktiskt att dom lyssnade på mig.”*

*”- När jag har känt för att prata om eget boende och sådär då har vi pratat om det. Jag har kunnat prata om allt jag känt inombords liksom.”*

*Kommentar:* Det vanligaste svaret på frågan om deltagarna själva har fått bestämma var vårdmötena skulle äga rum är *ibland* något som tre personer svarat. Den övriga svarsfördelningen är jämn. Det som kan utläsas från deltagarnas kommentarer är att det verkar som att det oftast är vårdteamet som kommit med förslag om var mötena skulle hållas.

På frågan om de själva har fått bestämma vilka som skulle vara med på vårdmötena är fördelningen mellan *ja* och *nej* jämn, med en persons övervikt på ja-sidan. De negativa kommentarer som framkommer är att man inte har haft behov av att träffa samtliga personer i vårdteamet och att en person känt sig övertalad att ta med sina föräldrar till vårdmötena fast han/hon egentligen inte velat det från början. Det verkar som att deltagarna har övervägande goda erfarenheter av i vilken utsträckning vårdmöteteamet uppmärksammat deras önskemål och synpunkter.

#### **5.2.6 RESULTAT OCH VERKAN AV VÅRDMÖTEN**

*Deltagarnas egna upplevelse av sin psykiska hälsa innan vårdmötena och idag:* Deltagarna uppskattar sitt psykiska mående innan vårdmötena enligt följande:

<b>Mådde dåligt</b>	<b>Mådde ganska dåligt</b>	<b>Mådde varken bra eller dåligt</b>	<b>Mådde ganska bra</b>	<b>Mådde bra</b>
<b>5</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

Idag ser svarsfördelningen ut som följande.

<b>Mår dåligt</b>	<b>Mår ganska dåligt</b>	<b>Mår varken bra eller dåligt</b>	<b>Mår ganska bra</b>	<b>Mår bra</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1</b>

*Kontakten med vänner och familj:* Deltagarna har fått beskriva hur kontakten med vänner såg ut innan de började med vårdmöten

<b>Dålig kontakt</b>	<b>Ganska dålig kontakt</b>	<b>Varken bra eller dålig kontakt</b>	<b>Ganska bra kontakt</b>	<b>Bra kontakt</b>
<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

En deltagare berättar om kontakten med vänner innan han/hon började med vårdmöten.

*”- Jag hade tappat mina gamla vänner men fått nya vänner genom en utbildning. Mina gamla vänner sörjde jag väldigt mycket, jag trodde typ att det var mitt fel att dom var försvunna och tänkte men gud jag måste ju vara helt psykiskt sjuk, varför vill inte dom vara kompis med mig och vad har jag för fel? Är det mitt utseende eller mitt sätt... ? Sådär började jag att tänka.”*

Idag anser deltagarna följande om kontakten med vänner:

<b>Dålig kontakt</b>	<b>Ganska dålig kontakt</b>	<b>Varken bra eller dålig kontakt</b>	<b>Ganska bra kontakt</b>	<b>Bra kontakt</b>
2	0	2	2	1

Samma deltagare som i förra frågan berättade att han/hon sörjde sina gamla vänner berättar här hur han/hon har det idag.

*”- Jag går ju på Café 4:an nu, du vet ett rehabiliteringscenter, dagcenter och då tycker jag att jag får daglig kontakt med sådana vänner som jag behöver. Jag kan liksom dricka en kopp kaffe, spela lite yatzy, prata lite, sy eller läsa lite om jag känner för det. Jag har fått låna ett simkort som jag kan åka och simma på och sådana där grejer. Jag kan vara med dom på ett avslappnat sätt och jag behöver inte ta till alkohol eller så för att kunna slappna av med mina vänner och det känns väldigt bra. Man får vara sig själv och man behöver inte hela tiden tänka på vad man säger och vad man gör eller vara rädd för att göra bort sig. Man får säga lite hur som helst liksom och det är inget konstigt med det. Man får uttrycka sig öppet med vad man känner för stunden för alla som går där har ju lite samma problem också. Man kanske inte känner sig världslycklig eller som världens perfektaste människor och då får man liksom säga lite saker som andra människor skulle tycka var lite konstigt. Ja någon kanske sitter och skrattar lite och någon säger en kommentar och någon annan kanske gillar att klä ut sig.”*

På frågan om kontakten med familjen innan vårdmötena svarar de följande:

<b>Dålig kontakt</b>	<b>Ganska dålig kontakt</b>	<b>Varken bra eller dålig kontakt</b>	<b>Ganska bra kontakt</b>	<b>Bra kontakt</b>
1	1	2	2	1

Numera upplever deltagarna sin kontakt med familjen på följande sätt:

<b>Dålig kontakt</b>	<b>Ganska dålig kontakt</b>	<b>Varken bra eller dålig kontakt</b>	<b>Ganska bra kontakt</b>	<b>Bra kontakt</b>
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>

En person säger i intervjun hur kontakten med hans/hennes föräldrar förändrats på grund av vårdmötena.

*”- Det var bra att dom var med för då kunde jag klara upp saker med dom och på grund av det har jag fått bättre kontakt med mina föräldrar. Och jag är glad för den hjälp jag har fått, jag tycker det har varit ganska bra hjälp faktiskt.”*

*Vårdmötenas eller andra insatsers betydelse för det psykiska måendet:* Då deltagarna fått ta ställning till vilken betydelse vårdmötena haft för deras psykiska mående har de svarat som följer:

<b>Neg. betydelse</b>	<b>Liten neg. betydelse</b>	<b>Varken pos. eller neg. betydelse</b>	<b>Liten pos. betydelse</b>	<b>Pos. betydelse</b>
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

Så här beskriver några av dem vårdmötenas betydelse för dem. En person tycker att vårdmötena har haft en positiv betydelse för hans/hennes psykiska mående:

*”- Jag har känt mig bättre och jag har kunnat prata ut med dom. Dom har förstått mig och gett mig råd.”*

En annan person tycker att vårdmötena har gett honom/henne hopp när han/hon har känt sig lite nedstämd.

*”- Det har känts skönt att ha haft någon att snacka med om hur man mår och vad man har för drömmar och planer för framtiden om man vill plugga eller om man känner, att nej jag klarar inte av att plugga nu så har jag kunnat säga det och så där. Så det har varit väldigt bra. Det här att jag har kommit till Café 4:an tycker jag också är bra.”*

Vidare berättar deltagaren:

*”- Jag har haft mina lyckliga stunder hela tiden men samtidigt har jag haft mina olyckliga stunder också när jag har känt såhär att neej, varför lever jag? Och det här är bara tråkigt allting. Men det har blivit bättre nu med vårdmötena faktiskt, det har det.”*

Ytterligare en deltagares synpunkter på vårdmötenas betydelse är:

*”- Jag har sett det som stärkande och gå dit och så där.”*

En person har svårt att se att just vårdmötena har fått honom/henne att må bättre i psykiskt avseende.

*”- Vi planerade typ mest. Först skulle jag gå till Arbetsförmedlingen och sedan skulle jag berätta för dom om jag hittade något.”*

Då deltagarna besvarat frågan om andra insatsers betydelse för det psykiska måendet har följande svar framkommit:

Neg. betydelse	Liten neg. betydelse	Varken pos. eller neg. betydelse	Liten pos. betydelse	Pos. betydelse
0	0	1	3	3

Så här beskriver en person som anser att övriga insatser varit mycket viktiga för honom/henne:

*”- Jag känner att det först och främst är läkaren som kan hjälpa mig. Läkaren är jätkligt bra, han vet exakt vad det handlar om.”*

En annan person säger:

*”- ... nu äter jag medicin också som gör mig frisk.”*

En av deltagarna har svårt att veta om det har beslutats om några övriga insatser utöver vårdmötena.

*”- Jag har inte haft några andra insatser bara ekonomin, det är det enda. Fast jag gick ju iväg med den där speciella tjejen som jag skulle prata med och så prata jag med henne. Dom har även hjälpt mig när jag skulle skriva in mig på Arbetsförmedlingen.”*

2 personer svarade ja och 5 personer svarade nej på frågan om de använde medicin för sitt psykiska mående innan de började med vårdmöten. Under vårdmötetiden använde 4 personer medicin för sitt psykiska mående medan 3 personer inte gjorde det. Idag är det 3

personer som använder medicin för sitt psykiska mående och 4 personer som inte gör det. 1 person som svarat nej på denna fråga har dock uppgett att han/hon måste använda sömntabletter för att kunna sova på nätterna.

*Upplevelse av vårdbötena:* På frågan om i vilken utsträckning deras deltagande i vårdbötena varit en negativ upplevelse för dem framkom följande svar:

<b>I liten utstr.</b>	<b>I ganska liten utstr.</b>	<b>Varken liten eller stor utstr.</b>	<b>I ganska stor utstr.</b>	<b>I stor utstr.</b>
2	3	2	0	0

En person berättar:

*”- Ja ibland när vi har pratat om jobbiga saker. Jag har fått hjälp men det har varit jobbigt, men jag vill inte se det som något negativt, för det har ändå varit positivt.”*

Deltagarna har även fått svara på frågan i vilken utsträckning den hjälp de fått har passat deras behov:

<b>I liten utstr.</b>	<b>I ganska liten utstr.</b>	<b>Varken liten eller stor utstr.</b>	<b>I ganska stor utstr.</b>	<b>I stor utstr.</b>
1	0	1	5	0

Om deltagarna skulle behöva söka hjälp igen för sitt psykiska mående har de svarat följande på om de då skulle kontakta någon i sitt vårdbötesteam för nya vårdböten:

<b>Stämmer helt</b>	<b>Stämmer ganska bra</b>	<b>Stämmer varken bra eller dåligt</b>
3	1	3
<b>Stämmer inte särskilt bra</b>	<b>Stämmer inte alls</b>	
0	0	

En deltagare tycker att det är svårt att själv ta kontakter och ringa upp andra och berättar följande:

*”- Jag kan ju inte ringa själv och så, så då skulle jag bli tvungen att be någon annan att göra det åt mig och det är ju ett projekt. Sedan så skulle jag kanske ha träffat några andra människor istället. Det blir sådär efter ett tag när man träffar personer under en lång period att det känns som att jag inte vill gå dit längre även om det är hur bra som helst, det bara känns så.”*

En annan deltagare svarar att han/hon helst inte vill ta kontakt med vårdmötesteamet igen eftersom personen i framtiden vill klara sig själv och vara oberoende.

Till skillnad från föregående deltagare har följande person funderat på att kontakta någon i sitt vårdteam igen.

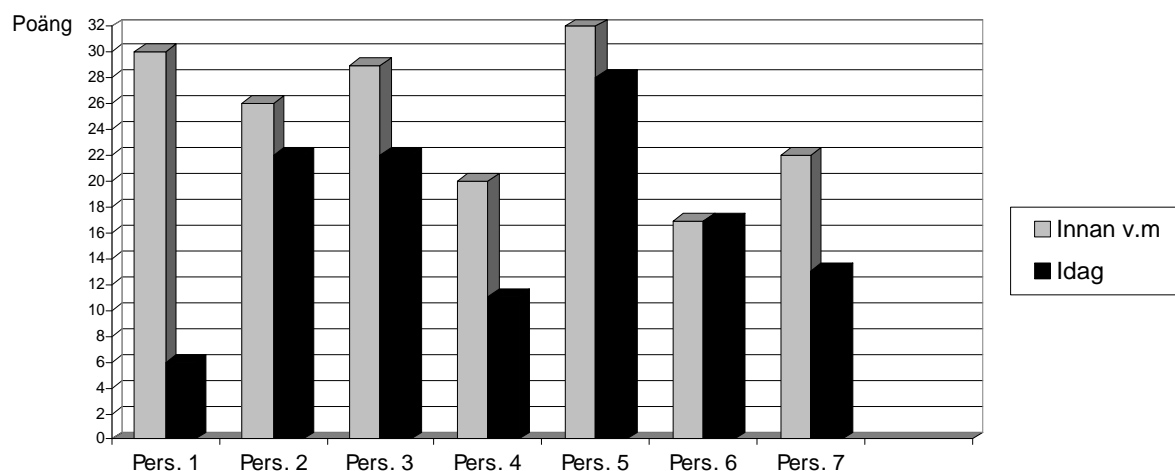
*”- Ja jag har funderat på det länge nu faktiskt det har bara dragit ut på tiden. Så att jaa, jo det är klart men jag har bara inte haft ork att göra det. Jag mår bara sämre och sämre för varje dag som går men jag orkar inte bara ta tag i det. När vårdmötesteamet har ringt till mig och frågat hur jag mår så har jag sagt att det varit bra och så där så att...”*

Personen berättar vidare under intervjun att han/hon trots att personen mår dåligt idag, mådde han/hon ännu sämre innan vårdmötena kom igång i februari.

*”- Jag har bara tänkt att jag kan klara mig själv, jag vill ju helst klara mig själv men det har ju bara blivit sämre och ja, jag vet inte, det känns bara jobbigt att ringa upp. Det känns jättejobbigt faktiskt.”*

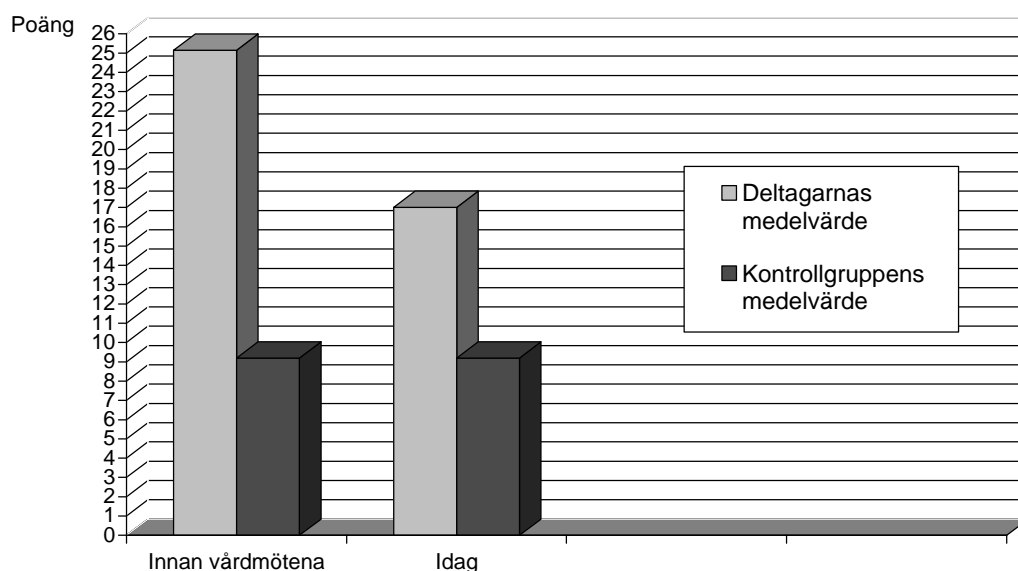
***GHQ-12 resultatet: Nedan följer resultatet av GHQ-12 skalan. Resultatet kommer att presenteras i två olika diagram. Det första diagrammet visar var och en av deltagarnas GHQ-12 poängsumma innan vårdmötenas början och idag. Den grå stapeln visar resultatet om hur deltagarna uppskattar att de mådde innan de började med vårdmöten. Den svarta visar deltagarnas GHQ-12 resultat idag.***

**Deltagarnas GHQ-12 poäng**



Den andra tabellen som presenteras visar skillnaderna mellan deltagarnas GHQ-12 medelvärdespoäng innan vårdbötenas början samt idag med kontrollgruppens medelvärde. Kontrollgruppens medelvärde används som ett normalvärde som deltagarnas resultat jämförs med.

### Deltagarnas GHQ-12 medelvärde innan vårdbötena och idag i jämförelse med kontrollgruppens medelvärde



Deltagarnas medelvärde innan vårdbötena = 25,14 poäng

Deltagarnas medelvärde idag = 17 poäng

Kontrollgruppens medelvärde = 9,19 poäng

*Kommentar:* Av GHQ-12 resultaten kan utläsas att samtliga deltagare låg mycket över normalvärdet då de idag fick besvara frågor där de fick uppskatta hur de mådde i psykiskt avseende strax innan de kom i kontakt med vårdbötena. Det är endast en person som har ett oförändrat värde, resterande har sänkt sin poängsumma, vilket med andra ord betyder att de idag mår bättre. Idag är det endast en av deltagarna som ligger under normalvärdet, övriga mår fortfarande sämre än kontrollgruppen.

Då deltagarna själva fick besvara den direkta frågan om hur de mådde i psykiskt avseende innan de började med vårdböten svarade de flesta (fem personer) att de mådde dåligt, men en person uppger att hon/han mådde bra. Fram till idag har en förändring skett då mer än hälften uppger att de mår ganska bra eller bra i psykiskt avseende. Det är dock tre personer som uppger att det mår dåligt eller ganska dåligt.

På frågan om hur kontakten med vänner fungerade innan vårdmötetiden fick vi en jämn spridning på svarsalternativen och de flesta, tre stycken, har ställt sig neutrala i frågan. Den förändring som har skett är att en person har fått sämre kontakt med sina vänner och en person har fått bättre kontakt med sina vänner.

Idag uppger ingen av deltagarna att de har dålig kontakt med sin familj fastän en person tidigare har uppgett det. Fem personer anger idag att de har ganska bra eller bra kontakt med sin familj i jämförelse med innan då det bara var tre personer. En deltagare har med egna ord uttryckt förändringen då han/hon beskriver att han/hon kommit sina föräldrar närmare på grund av att familjen kunnat klara upp saker under vårdmötena.

För nästan alla har vårdmötena haft en positiv betydelse. Sex personer svarar antingen i *liten positiv betydelse* eller *positiv betydelse*. Deltagarna har bl.a. mått bättre av att kunna prata ut med sitt vårdteam samt fått hopp om framtiden då de känt sig nedstämda. En av personerna såg vårdmötena mest som en planering för vad som komma skulle.

Fem personer upplever att andra insatser som det beslutats om i vårdmötena har haft antingen liten positiv betydelse eller positiv betydelse. Ett exempel är att en deltagare har upplevt läkarkontakten som mest betydelsefull.

De flesta använde inte medicin för sitt psykiska mående innan vårdmötetiden, två svarade ja och fem svarade nej. Under vårdmötetiden använde fyra personer av sju medicin. Idag är det tre personer som använder medicin för sitt psykiska mående.

Ingen av deltagarna anser att vårdmötena har varit en *negativ* eller *ganska negativ* upplevelse. Trots att ingen känner att det har varit en negativ upplevelse kan som en person beskriver det, vårdmötena ändå stundtals upplevas som jobbiga då svåra saker har diskuterats. Fem personer av sju har svarat att den hjälp de fått i *ganska stor utsträckning* har passat deras behov.

Ingen av deltagarna är helt negativ till att vända sig till sitt vårdmötesteam igen om behov av hjälp på nytt uppstår. Citaten visar dock att det inte är någon lätt uppgift att ta steget och kontakta sitt vårdteam igen då behovet uppstår.

### **5.3 SAMMANFATTANDE KOMMENTAR**

Av deltagarna är det fyra personer som har tidigare erfarenheter av psykiatrin och tre personer som har tidigare erfarenheter av socialtjänsten. Dessa erfarenheter har varit övervägande

negativa när det gäller psykiatrin. Beträffande socialtjänsten varierade svaren. Ungefär lika många deltagare tog första kontakten med socialpsykiatrin som med öppenvårdspsykiatrin. Antalet vårdmöten som de deltagit i varierar kraftigt och i många fall har anhöriga aldrig deltagit. Alla deltagare upplever att de fått snabb hjälp då de sökte den. Deltagarna betonar att det har känts bra att ha blivit lyssnade till. De har goda erfarenheter av i vilken utsträckning vårdmöteteamet uppmärksammat deras önskemål och synpunkter. Några har kommenterat att vårdmöteteamets konstellation inte har passat deras behov. Av GHQ-12 resultaten kan utläsas att samtliga deltagare låg mycket över normalvärdet då de idag fick besvara frågor där de fick uppskatta hur de mårde i psykiskt avseende strax innan de kom i kontakt med vårdmötena. Även idag ligger gruppens medelvärde över normalvärdet för åldersgruppen. Detta trots att det skett en positiv förändring för alla utom en person. Vårdmötena har för nästan samtliga haft en positiv betydelse, vilket även andra insatser haft som det beslutats om i vårdmötena. Idag använder några fler deltagare mediciner för sin psykiska hälsa i jämförelse med innan vårdmötetiden. Slutligen kan sägas att vårdmötena inte har varit en negativ upplevelse för någon.

## **5.4 INTERVJU MED EN FAMILJ SOM DELTOG I VÅRDMÖTEN**

Här presenteras resultatet av nätverksintervjun. Intervjupersonernas citat redovisas tematiskt enligt tidigare teman: *tidigare erfarenheter av psykiatrin och socialtjänsten, vårdmötena, bemötande, inflytande* samt *resultat och verkan av vårdmötena*. Resultatdelen avslutas med en sammanfattande kommentar utifrån de olika temana.

### **5.4.1 ANHÖRIGA TILL DELTAGARE**

De anhöriga som intervjuats är föräldrar till en av deltagarna. De kommer här att kallas för Åsa och Gunnar. De intervjuades gemensamt i sitt hem och intervjun spelades in på band.

### **5.4.2 TIDIGARE ERFARENHETER AV PSYKIATRIN OCH SOCIALTJÄNSTEN**

Åsa och Gunnar berättar att deras barn vid flera tillfällen har varit i kontakt med slutenvårdspsykiatrin. De har inga speciellt positiva erfarenheter av denna kontakt. Gunnar berättar:

*”- Jag tycker att det var väldigt dåligt den här sista vändan. Vi hade inte ett enda familjesamtal när hon var inne i fyra veckor. Det kan väl kanske förklaras med att det var semestertider, men den slutna vården... näe.”*

Åsa berättar för oss att hon tycker att slutenvårdens patienter faktiskt blir sjukare av att vara där och Gunnar håller med. De berättar att det tar flera månader för en ung människa att återhämta sig från alla hospitaliseringseffekter som blir en följd av sjukhusvistelsen. De ser endast inläggningen som ett sätt att komma igång med medicineringen.

#### 5.4.3 VÅRDMÖTENA

Oftast så hölls vårdmötena i familjens hem, förutom vid ett tillfälle då mötet hölls på öppenvårdspsykiatrins mottagning. För dem kändes det bra att ha mötena i hemmet eftersom deras barn när det var som sjukast inte ville åka någonstans. Vårdmötessamtalen är numera avslutade. Att vårdteamet representerade olika verksamheter märkte Gunnar och Åsa. Gunnar berättar:

*”- Jo det märktes såtillvida att Z (namnet på en person i vårdmöteteamet) då som hon hette, hon hade bra kunskaper om psykiska sjukdomars förlopp och yttringar och mediciner. Det märkte man... och medan socialtjänstens X hade kunskaper om den här sociala delen det här med... ekonomi och sociala förmåner. Bostadsfrågan är ju svår när dom är i den här situationen. Så dom bitarna har hon då kunnat ta tag i. På det sättet så har det ju varit tycker jag ett väldigt konstruktivt typ av samarbete.”*

Åsa fyller i:

*”- W (en vårdteamsmedlem) liksom representerade den här öppenvårdsverksamheten med 4:an som (barnets namn) börjat gå till nu ganska regelbundet. Det har ( barnets namn) haft ganska svårt med förut eftersom det är svårt för (barnets namn) att känna trygghet med nya människor.”*

#### 5.4.4 BEMÖTANDE

Gunnar berättar om fördelen med att vårdteamet kommer in i ett tidigt stadium av sjukdomsförloppet:

*”- Det är väldigt bra tycker jag att det finns myndighetspersoner som på ett tidigt stadium är inkopplade. Då har man kunna etablera en viss typ av förtroende. I det här fallet så började vi de här samtalen i februari och höll på fram till juni. Vi lärde känna varandra rätt så väl alltså. Det var sedan ett stöd i den här situationen som uppkom...vi kände liksom att psykiatrin hade förstått, de kunde tolka de här sjukdomssymtomen, på ett tycker jag, nyanserat sätt. Det var bra för oss att vi fick dom här samtalen, på det sättet kunde vi bygga upp ett förtroende.”*

Åsa berättar att deras barn blev mycket sjukt för att han/hon inte medicinerade. Hon upplevde dock att vårdmötena anpassades efter barnets psykiska hälsotillstånd. Gunnar berättar:

*”- Vi träffades regelbundet hela tiden. Det var ju aldrig så att några möten inställdes, men däremot så... vad ska jag säga... (barnets namn) grad av delaktighet i det hela varierade ju. Ibland kunde det hända att (barnets namn) satt här nere och vägrade vara med, eller satt i rummet bredvid eller gick ut och in och sådär.”*

#### **5.4.5 INFLYTANDE**

Angående inflytandet i vården så anser Gunnar:

*”- Ja, vad ska jag säga... mediciner... det måste vara professionella bedömningar när det gäller mediciner. Det är ju trots allt dom som har den erfarenheten. Sedan så tycker jag att dom lyssnar mycket bra, både på patienten men också på dom anhöriga.”*

#### **5.4.6 RESULTAT OCH VERKAN AV VÅRDMÖTEN**

Åsa berättar om sin upplevelse av vad vårdmötena har inneburit:

*”- Det har ju varit bra för oss, det har varit ett stöd liksom när det har varit som jobbigast... och sedan det att man lärde känna dom så att man kan lyfta luren och ta kontakt igen om det blir kris. Det här känns väldigt meningsfullt även om det kanske inte alla gånger kom ut så mycket av det och (barnets namn) lärde känna dom så att (barnets namn) också lättare kunde ta kontakt.”*

Vidare berättar hon:

*”- För oss var det viktigt med vårdmöten, att känna att man inte är ensam. Det är lätt att man känner sig väldigt ensam när de är så dåliga. Så det kändes väldigt viktigt för oss att faktiskt få träffa dom en gång i veckan och bara att se dom hjälpte.”*

Åsa tycker inte att kontakten med deras barn har förändrats på något sätt:

*”- (Barnets namn) har öppnat sig utåt och kommit ut i samhället igen, liksom att hon har kunnat åka till vårdcentralen eller... ja till öppenpsyk och till 4:an.”*

Gunnar däremot är av annan uppfattning:

*”- Ja men jag tycker att när (barnets namn) tillfrisknar så är ju (barnets namn) mycket mer... allting går ju mycket lättare att hantera. Innan var vår kontakt nästan obefintlig fastän vi bodde under samma tak så kommunicerade vi knappt med varandra... det har ju blivit bättre nu.*

Både Åsa och Gunnar påpekar att medicinen är av stor betydelse för deras barns psykiska mående. Gunnar berättar:

*”- Medicinen är väldigt avgörande. När (barnets namn) inte medicinerar så är (barnets namn) svår att nå. Jag vill tillskriva att det hänger väldigt mycket på medicinerna faktiskt. Jag anser ju att det i det här fallet finns det två saker som har hjälpt upp alltihopa. Mest då är det min fru, en fantastisk människa, och sedan är det medicinen. På tredje plats kommer dom här vårdmötena. Det är en väldigt tydlig prioriteringslista vill jag säga. Det är liksom fullständigt solklart.”*

Avslutningsvis menar Gunnar att vårdmötena ger trygghet och en plattform för framtida kontakter. Ingen vet hur länge deras barn kommer att vara i behov av stöd från psykiatrin och socialtjänsten. De har inget alls att klaga på när det gäller projektet och hur vårdteamet har hanterat dem och deras barn.

*Kommentar:* Dessa intervjupersoner har tidigare inga positiva erfarenheter av slutenvårdspsykiatrin, men ser den vården som nödvändig för att patienten ska kunna komma igång med medicinering.

Föräldrarna anser idag att de inte har något behov av vårdteamet men vet att de kan ringa om de behöver hjälp. De har inte haft några problem med att mötena har hållits i deras hem. Åsa och Gunnar tycker att det märks och är bra att vårdteamet representeras av olika verksamheter.

Att vårdpersonalen är kompetent och kommer in i ett tidigt skede leder till ökat förtroende anser Gunnar och Åsa. De har upplevt att vårdteamet varit flexibelt och uppskattat att det varit kontinuitet i vårdmötena. Gunnar anser att de har haft inflytande så till vida att de har blivit lyssnade till.

För Åsa och Gunnar har vårdmötena inneburit stöd och en trygghet. De har dessutom fått vissa kontakter som de eventuellt kan använda sig av i framtiden. Båda anser dock att det först och främst är på grund av att Åsa har tagit tjänstledigt som deras barn idag

mår bättre. Därefter är det medicinernas inverkan som haft störst betydelse. I tredje hand är det vårdmötenas förtjänst.

## **6. ANALYS**

I analysen av resultatet kommer enkätresultatet och resultatet från nätverksintervjun tillsammans att analyseras utifrån de teoretiska begrepp och perspektiv denna retrospektiva utvärdering har. Analysinstrumentet är utvärderingsteori ur ett brukarperspektiv. Brukarnas skilda uppfattningar kommer att lyftas fram, vilket hör samman med ett brukardemokratiskt synsätt. Ett sätt att använda sig av ett brukarperspektiv är att framhäva brukarnas egna bedömningar av insatsen (Vedung, 1991), detta kommer att göras i denna utvärdering. Dessutom kommer GHQ-12 resultaten att jämföras med tidigare forskning. Analysen kommer att utgå från frågeställningarna.

### **6.1 UPPLEVER BRUKARNA ATT DERAS PSYKISKA TILLSTÅND HAR FÖRÄNDRATS I OCH MED VÅRDMÖTESMODELLEN? I SÅDANT FALL HUR?**

#### **6.1.1 BRUKARNAS PSYKISKA HÄLSA**

Utifrån enkätsvaren kan utläsas att en viss förbättring har skett av brukarnas psykiska mående. Där brukarna har fått besvara den direkta frågan hur de mår i psykiskt avseende idag kan en förändring ses. Till skillnad från tiden innan vårdmötena, då endast en person uppgav att han/hon mådde bra och ingen att de mådde ganska bra, uppger idag fyra personer att de mår antingen ganska bra eller bra. Anmärkningsvärt är ändå att tre personer idag uppger att de fortfarande mår ganska dåligt eller dåligt. Brukarnas resultat från GHQ-12 skalan visar att samtliga brukare tidigare hade en betydligt högre poängsumma än kontrollgruppen i Sconfienzas (1998) undersökning. Ju högre poängsumma personen i fråga har desto sämre är det psykiskt välbefinnandet (a.a.). Brukarnas medelvärde låg innan 15,95 poäng över kontrollgruppens medelvärde vilket är 9,19 poäng (a.a.). Idag har endast en person en lägre poängsumma än kontrollgruppens medelvärde. Det totala medelvärdet för brukarna är idag 17 poäng. Vilket är 7,81 poäng över medelvärdet för kontrollgruppen. Trots det har brukarnas totala medelvärde sjunkit med 8,14 poäng. Det som kan utläsas är att brukarna innan de fick hjälp och kom i kontakt med vårdmötena mådde mycket dåligt i psykiskt avseende. Även idag ligger gruppen i stort ganska mycket över normalvärdet. Resultatet från GHQ-12 skalan överensstämmer med deras egna upplevelser så till vida att de flesta uppger att de idag mår bättre.

### 6.1.2 EVENTUELLA ORSAKER TILL FÖRÄNDRINGAR

Syftet med projektet var att brukarna skulle få insikt och självförtroende samt att utveckla ett socialt välfungerande liv. Har nu detta skett? Problematiken för de tio brukarna i projektet såg mycket olika ut men med vissa likheter. Somliga hade en blandproblematik med både psykiska, sociala och missbruksproblem. Några hade enbart sociala problem medan andra upplevde att de enbart hade psykiska problem. På grund av den svåra problembild som vissa brukare har är projektets syfte näst intill omöjligt att uppnå för samtliga brukare. För en brukare som har haft psykiska problem under en längre tid är det förmodligen en omöjlighet att under projekttiden, på ungefär ett halvår, kunna uppnå projektets syften. Detta skulle i sådant fall innebära att de skulle vara helt befriade från sin psykiska problematik. Att det trots allt har skett en viss positiv förändring kanske till en del kan bero på att målgruppen är unga vuxna. Den unga åldern har eventuellt bidragit till att en förändring lättare kunnat uppstå. Till viss del kanske några brukares problematik tillhör ungdomsårens revolterande och identitetssökande. Detta gäller främst de av brukarna som har en dominerande social problematik. Till övervägande del har brukarna en låg utbildningsnivå, då endast tre personer av sju har avslutat en gymnasieutbildning. Utöver det är det ingen som har slutfört några eftergymnasiala studier. Vad detta kan bero på kan det endast spekuleras kring. Kanske har brukarnas problematik sin grund längre tillbaka i tiden, något som sedermera har påverkat deras skolgång. Sysselsättningsnivån är även den låg, vilket delvis kan spegla utbildningsnivån samt deras psykiska ohälsa. Enligt en undersökning gjord av Riksförsäkringsverket har människor med psykiskt och fysiskt funktionshinder i genomsnitt en lägre utbildningsnivå än andra och förankringen på arbetsmarknaden är i regel mycket låg ([www.sos.se](http://www.sos.se), 2003-12-22).

Att göra en direkt jämförelse med det projekt i Västerås där de har arbetat på ett liknade sätt är inte helt enkelt. Detta bland annat eftersom man där inte har några jämförande siffror på hur brukarna mår innan och efter medverkan i Västerprojektet. Vid jämförelse med deras resultat måste hållas i minnet att deras utvärdering har varit betydligt mer omfattande än denna. Det som har kunnat utläsas från deras utvärdering är att patienternas behov av insatser från kommun och psykiatri i stor utsträckning kvarstod. Västerprojektets målgrupp är äldre än denna målgrupp. Kanske har det bidragit till att det varit svårare för dem att bli oberoende av psykiatri och kommunen i och med att deras problem i högre utsträckning har hunnit bli cementerade. När det gäller denna undersökning kan det ses att vårdbehovet bland dessa brukare har minskat för tillfället.

## **6.2 VILKEN BETYDELSE HAR VÅRDMÖTENA HAFT I EN EVENTUELL FÖRÄNDRING AV BRUKARNAS PSYKISKA TILLSTÅND?**

### **6.2.1 BRUKARNAS SYN PÅ VÅRDMÖTENA**

Vårdmötena har haft en övervägande positiv betydelse för brukarnas psykiska tillstånd enligt dem själva. Många av brukarna har upplevt förtroende för sitt vårdteam och känt att de kunnat prata med dem. Kanske är det därför som ingen av brukarna uppgett att vårdmötena har varit en negativ erfarenhet för dem. I de fall där brukarna inte varit fullt lika positiva är där de uppfattat vårdmötena mest som en planering för vad som komma skall. Planeringen har däremot upplevts som positiv. Vi vet inget om vårdteamets intentioner i vart och ett av vårdmötena. Det är därför svårt att bedöma huruvida det faktum, att vårdmötena endast har upplevts som planering av vissa brukare, är ett misslyckande eller inte. Vi tror dock att eftersom brukarna har upplevt planeringen som positiv så kanske det var tillräckligt i de enskilda fallen. De flesta har uppgett att den hjälp de fått har passat deras behov och därför kan de tänka sig att kontakta sitt vårdteam igen om behov skulle uppstå. För föräldraparet har det varit viktigt att få bekräftelse i vårdmötena, att som de själva uttrycker det, ”att känna att man inte är ensam”. De anser att det är lätt att känna sig ensam då en nära anhörig mår psykiskt dåligt. Detta bekräftar Seikkula (et al., 2003) som menar att då en familjemedlem mår så pass dåligt att den är i behov av psykiatrisk hjälp drabbas även deras närstående trots att deras problem ser annorlunda ut.

### **6.2.2 VÄNNER OCH FAMILJ**

Ett av projektets mål var att brukarna skulle utveckla ett socialt välfungerande liv. Vi tänker då att en god kontakt med familj och vänner har en stor betydelse för att kunna uppnå detta. Enligt Seikkula (et al., 2003) har relationerna i det sociala nätverket en mångsidig betydelse för individens psykiska välmående vilket innefattar både vänner och familj. Det som kan ses är att ingen större förändring har skett när det gäller brukarnas kontakt med vänner, varken i positiv eller negativ riktning. Av de svar som framkommit kan ses att innan vårdmötestiden hade majoriteten av de svarande varken bra eller dålig kontakt med vänner. Vad detta säger är svårt att veta. Det kan tolkas som att antingen har vännerna ingen stor betydelse och att de förhåller sig något likgiltig eller så är det helt enkelt så att kontakten varken är bra eller dålig. Ingen av brukarna har haft sina vänner med trots att det framkommit att åtminstone en person har blivit tillfrågad. Kanske är det svårt att som ung låta sina vänner ta del av ens mest sårbara sida, i en period i livet där kompisarna för de flesta har stor betydelse. Mår man psykiskt

dåligt kan det vara mycket svårt att orka hålla kontakten med vänner och för dessa är det säkert svårt att se och förstå varför vännen förändrats. En person berättar om hur betydelsefullt det är för honom/henne att ha kommit i kontakt med ett dagcenter via vårdmötena. Där känner han/hon att han/hon kan vara sig själv och träffa vänner som förstår honom/henne. Åtminstone i detta fall har vårdmöteteamet lyckats hjälpa en brukare att knyta nya kontakter med vänner.

En liten förbättring har skett av brukarnas kontakt med sina familjer. Om detta beror på vårdmötena är svårt att säga, eftersom det endast är en person som själv har berättat för oss hur vårdmötena har hjälpt honom/henne att lösa konflikter med sina föräldrar. Då vi inget vet om de övriga kan vi inte uttala oss om det är vårdmötena som bidragit till förbättringen. Det som emellertid framkommit är att tre personer har svarat att anhöriga har deltagit ibland och att de övriga har svarat att de aldrig har det. De flesta har med andra ord inte haft sina anhöriga med på vårdmötena. Vad kan detta bero på, att så få anhöriga har deltagit, när modellen bygger på ett nätverksperspektiv? Är det ett misslyckande från vårdteamets sida? Ett samband kan ses mellan brukare som fortfarande bor hos sina föräldrar och föräldrarnas delaktighet i vårdmötena. Kan det vara så att de som flyttat hemifrån i högre grad har en sämre relation till sina föräldrar, något som gör att de inte vill att de ska närvara på vårdmötena? Om en sådan situation förelåg, tycker vi, att det kan ses som ett misslyckande, då föräldrarnas närvaro hade varit extra viktig under vårdmötena. På frågan om vad brukarna har tyckt om att de anhöriga haft möjligheten att delta är majoriteten positiv, även de som inte själva haft sina föräldrar med. Det verkar som om de tänker att det är bra för andra men inte för dem själva. Trots att inte nätverket har varit med på så många vårdmöten, är en av vårdmötesprinciperna att vårdmöteteamet ändå bör ha ett nätverksperspektiv i sitt arbete (Seikkula, 1996). Hos det föräldrapar som intervjuats ansåg pappan att kontakten med barnet blivit bättre medan mamman inte ansåg att det blivit någon förändring. Det kan eventuellt bero på att mamman och barnet redan hade en god kontakt med varandra. I Västerprojektet framkom att brukarna upplevde det som att då deras anhörigas situation underlättades medförde det även en positiv förbättring för brukaren själv (Sandén et al.,1998).

### **6.2.3 ÖVRIGA INSATSER SAMT VÅRDMÖTENAS BETYDELSE**

De flesta anser att övriga insatser som det beslutats om i vårdmötena haft en positiv betydelse. Framförallt har detta gällt medicin och läkarkontakter. Detta bekräftar även föräldraparet i intervjun med dem. Innan brukarna kom i kontakt med vårdmötena var det endast två personer som använde medicin för sitt psykiska mående. Under vårdmötetiden är

det däremot fyra personer som medicinerar. Slutligen så använder idag tre personer medicin för sitt psykiska mående. Vi tycker oss se att de brukare som sökte hjälp för övervägande psykiska problem är de som har erhållit medicin till skillnad från dem som sökte för en mer social problematik. I de fall där brukarna fått medicin för sin psykiska ohälsa har den spelat en väldigt stor roll för den förbättring som skett och som även framgår av resultaten. Forsell och Hanssons studie (2001) visar att den behandling som föredrogs av personer med aktuell vårdkontakt var läkemedel kombinerat med samtal. Vad som menas med medicin för psykiskt mående har vi lämnat öppet för brukarnas egna tolkningar. En person svarar att han/hon idag inte använder medicin för sitt psykiska mående, däremot använder han/hon sömntabletter för att kunna sova. I intervjun framkom att dessa behövdes för att han/hon annars inte kunde sova på grund av traumatiska minnesbilder. Det går inte att utesluta att en annan brukare skulle ha beskrivit detta som medicin för sitt psykiska mående.

Vad vårdmötena har haft för betydelse för brukarna beror förmodligen till stor del på antalet vårdmöten de haft. Variationen är mycket stor och uppfattningen bland brukarna huruvida kontakten är avslutad eller inte skiljer sig mycket i jämförelse med projektledarens uppgifter. Vad detta beror på kan vara att det inte blivit något definitivt avslut på kontakten. Vårdmötesteamet har i de flesta fall gjort en avrundning men lämnat dörren öppen ifall brukaren vill återkomma. Kanske har vårdteamen varit otydliga på denna punkt. Den ”öppna dörren” har ibland lett till missförstånd där brukaren tror att kontakten fortfarande pågår. I de fall där brukaren endast har haft några enstaka möten kan vårdmötena inte haft någon större inverkan på förbättringen av brukarnas psykiska hälsa. Alla utom en brukare har vänt sig till antingen öppenvård psykiatri eller socialpsykiatri då de initialt sökte hjälp. Detta motsäger Forsell och Hanssons rapport som menar att de flesta kommer på remiss via primärvården där de söker hjälp för fysiska problem (2001). Den brukare i detta fall som kommit i kontakt med vårdmötena via primärvården ansåg själv, att han/hon inte fick den hjälp han/hon behövde genom vårdmötesmodellen. Brukaren ifråga hade förväntat sig att få träffa en psykolog. Han/hon är även den person som har ställt sig mest kritisk till vårdmötena. Västerprojektets utvärdering (Sandén et al., 1998) visar att brukarna har upplevt vårdmötena positivt, men att ingen större förändring i vårdbehovet skett eftersom det fortfarande existerar. Att de har upplevt vårdmötena som något positivt behöver inte nödvändigtvis innebära att de har gett en positiv effekt. Vi kan dock se att brukarna i Sigtuna idag mår bättre, än vid det tillfälle då de sökte hjälp. Om det beror på vårdmötena eller inte, kan inte denna retrospektiva utvärdering ge svar på.

### **6.3 HUR HAR BRUKARNA UPPLEVT ATT DE BLIVIT BEMÖTTA AV DE PROFESSIONELLA?**

Av brukarna har fyra personer tidigare erfarenheter av psykiatrin. Detta gör det möjligt för dem att kunna jämföra bemötandet från tidigare erfarenheter med vårdmötesmodellen. De tidigare erfarenheterna är bland annat kontakter med slutenvårdspsykiatrin, psykiatrisk akutmottagning och BUP. Den mest negativa erfarenheten har brukaren som har varit i kontakt med slutenvårdspsykiatrin. Det bemötandet, eller snarare bristen på bemötande som brukaren fick där var enligt honom/henne under all kritik. Även föräldraparet kritiserade starkt slutenvårdspsykiatrin. Enligt Denhov (1999) anser patienter inom psykiatrin att personalens bemötande är mycket viktigt. Patienterna vill känna sig bekräftade och respekterade och de har en önskan om en individualisering av vårdinnehållet. Brukarna känner sig i hög grad lyssnade till och respekterade. De har även upplevt att personalen i vårdteamet har varit hjälpsamma. En av vårdmötesmodellens principer är snabb hjälp, vilket samtliga brukare upplever att de har fått, antingen snabbt eller ganska snabbt. Med andra ord har de lyckats att uppfylla detta mål. En brukare kunde verkligen bekräfta att det genom vårdmötena gick betydligt snabbare att få hjälp eftersom han/hon tidigare fått vänta på en läkartid i över ett år. Vid en krissituation är det enligt Seikkula (1996) viktigt att yrkeshjälparna agerar snabbt. En diskussion då en brukare är i en sårbar situation kan vara en god förutsättning för att starta en dialog, eftersom ingen då har några färdiga svar med sig.

Hos de tre brukare som har tidigare erfarenheter av socialtjänsten är erfarenheterna av bemötandet olika. En brukare har upplevt att det varit jobbigt att vid flera tillfällen få byta kontaktperson. Enligt Seikkula (et al., 2003) är psykologisk kontinuitet mycket viktigt. Det är alltså inte bra att brukaren ofta måste byta kontaktpersoner vilket är något som försöks att undvikas i största möjliga mån i vårdmötesmodellen.

Som tidigare nämnts tyckte föräldraparet att vårdmötena har gett dem en trygghet och en känsla av bekräftelse. De känner nu att de har lärt känna vårdteamet och vet vart de kan vända sig om problem återuppstår. Detta liknar de erfarenheter som många av de anhöriga i Västerprojektet hade. De fick en känsla av trygghet och stöd från flera professionella i den svåra situation som de upplevde (1998).

### **6.4 HUR HAR DE UPPLEVT SITT EGET INFLYTANDE UNDER VÅRDMÖTENA?**

En mycket viktig grundtanke inom vårdmötesmodellen är att allas röster är lika värda och att alla har en rätt och en skyldighet att komma till tals. Brukaren skall dessutom i största möjliga mån vara delaktig i de beslut som fattas (Seikkula et al., 2003). En brukare med tidigare

erfarenhet av socialtjänsten har varit med om motsatsen. Han/hon upplevde att beslut fattades över hans/hennes huvud och att ingen lyssnade till hans/hennes egna önsknings. Här kan en koppling till diskussionen om ett evidensbaserat socialt arbete göras. Enligt Gambrill (1999) innefattar ett evidensbaserat socialt arbete bland annat att klienten bör vara informerad om risker och fördelar med olika insatser och vara delaktig i beslutsfattandet. Den tidigare erfarenhet som brukaren hade av socialtjänsten kan liknas vid det Gambrill kallar för ett auktoritets-baserat förhållningssätt. Av de tidigare erfarenheterna vad gäller psykiatrin är brukarnas upplevelse av inflytande väldigt låg.

Ambitionen i vårdmötena var att brukarna skulle få vara med och bestämma var dessa skulle hållas, vilka som skulle delta i dem samt att ha inflytande i de åtgärder som det beslutas om. Vår uppfattning är, att brukarna inte i särskilt stor utsträckning brytt sig om var vårdmötena hölls. Flera personer svarade att det oftast var någon i vårdteamet som föreslog plats som de fick möjlighet att godkänna.

Beträffande i vilken utsträckning brukarna har kunnat påverka vilka som skulle delta i vårdmötena, kan uppfattas som att några av dem, hade velat få större inflytande över detta. En brukare kände sig till början tvingad till att ha med sina föräldrar. Det resulterade slutligen i något positivt som han/hon idag är nöjd med. Kritik har först och främst gällt vilka professionella som ingått i det egna vårdteamet. Den har framförts av två personer och handlar om varför personal från både kommun och landsting måste delta då personerna i fråga endast anser sig kunna få hjälp av antingen socialpsykiatrin eller öppenvårdspsykiatrin. Vi funderar varför brukarna har denna upplevelse. Passade inte dessa personers problematik in i projektet? Fanns inte både en social och psykiatrisk problematik vilket var ett av kriterierna för att tillhöra målgruppen? En annan tänkbar orsak kan vara att de fått bristande information om att tanken med vårdmötena är att brukarens problem ska belysas ur flera olika synvinklar.

Föräldraparet känner att de har blivit lyssnade till under vårdmötena. Det inflytande de kunnat ha under vårdmötena anser de dock är begränsat eftersom de menar att det krävs professionella bedömningar och medicinering i deras barns fall då barnets problematik varit svår. Vi uppfattar detta som att föräldrarna har känt ett stort förtroende för vårdteamet och litat på deras kompetens. Att som anhörig eller klient/patient känna förtroende för de professionella man möter menar vi är viktigt. De brukare Denhov intervjuat i sin rapport anser också att det är av stor vikt att ha förtroende för vårdpersonalens kompetens (Denhov, 1999).

Ur ett brukarperspektiv har brukarna haft ett inflytande i utvärderingen eftersom de i efterhand får yttra sig om modellens konsekvenser och utfall. Deras åsikter och erfarenheter kommer förhoppningsvis att leda till en serviceanpassning av insatsen (Dahlberg och Vedung, 2001). Även vårdmötsemodellen som sådan bygger på idén om att brukaren och dess nätverk skall ha ett inflytande i vårdmötena. Som tidigare nämnts innebär vårdmötesmodellen enligt Seikkula att allas röster i ett vårdmöte är lika mycket värda och att det är vars och ens skyldighet och rättighet att delge varandra sina åsikter (Seikkula, 1996).

## **6.5 SAMMANFATTNING**

### **1. Upplever brukarna att deras psykiska tillstånd har förändrats i och med vårdmötesmodellen? I sådant fall hur?**

Av brukarna själva upplever nästan alla att de idag mår något bättre än innan de fick hjälp av sitt vårdmötesteam. Idag uppger en person att han/hon mår dåligt medan fem personer anser att de mår dåligt innan de fick hjälp. Idag upplever tre personer att de mår ganska bra och en person svarar att han/hon mår bra. Innan de träffat vårdmötesteamen var det endast en person som svarade att han/hon mår bra, vilket är anmärkningsvärt i sig, och ingen upplevde att han/hon mår ganska bra.

Resultatet från GHQ-12 mätningen visar att alla brukare utom en, som fortfarande har samma poängsumma, har sänkt sina GHQ-12 värden vilket innebär att de idag mår bättre. Gruppens totala medelvärde har sjunkit med 8,14 poäng (Innan = 25,14 poäng; Idag = 17 poäng). Viktigt är att poängtera att brukarnas medelvärde idag fortfarande är mycket högre än normalvärdet för den åldersgruppen i Sverige som är 9,19 poäng.

### **2. Vilken betydelse har vårdmötena haft i en eventuell förändring av brukarnas psykiska tillstånd?**

Vårdmötena har haft en övervägande positiv betydelse enligt brukarnas egna upplevelser. Ingen brukare anser att vårdmötena har haft en negativ betydelse för deras psykiska mående. Däremot har en person svarat att vårdmötena varken har haft positiv eller negativ betydelse. Det går inte att dra slutsatsen att den faktiska förändringen som GHQ-12 resultatet visar endast är ett resultat av vårdmötena. Under vårdmötestiden är det fyra personer som uppgett att de använt medicin för sitt psykiska mående och idag är det fortfarande tre personer som medicinerar. Förmodligen har denna medicinering haft en stor inverkan på den förändring som skett. Flera har även uppskattat insatser utöver vårdmötena som t.ex. läkarkontakt och

öppen dagverksamhet. Det är viktigt att poängtera att de övriga insatserna kanske inte hade kommit till stånd utan påtryckningar och information från vårdteamets sida.

Antalet vårdmöten man deltagit i varierar kraftigt mellan de olika brukarna. Vid ett lågt antal vårdmöten kan dessa inte haft lika stor betydelse i förändringen av brukarnas psykiska tillstånd som i de fall där kontakten varit längre. Kanske har brukarnas unga ålder också en viss inverkan på den förändring som har skett. Ungdomsåren är en period i livet då mycket händer och där man samtidigt ska utveckla sin egen identitet och personlighet. Deras medverkan i projektet har oftast varat i cirka sex månader. Det kanske inte är så märkligt att det under tiden har skett en förändring.

### **3. Hur har brukarna upplevt att de blivit bemötta av de professionella?**

De positiva erfarenheter som brukarna har av bemötandet från vårdteamet är att de i hög grad känt sig lyssnade till och respekterade samt att de har upplevt att vårdteamsmedlemmarna har varit mycket hjälpsamma. Även föräldraparet kände sig väl bemötta och bekräftade i sin situation. Negativa kommentarer har inte framkommit vare sig under intervjuerna eller i de öppna frågorna i enkäten. Detta kan snedvrída resultatbilden då enkätresultatet inte visar en övervägande positiv beskrivning av bemötandet. Det var istället en ganska jämn fördelning bland svarsalternativen. Alla brukare upplevde emellertid att de fått hjälp snabbt.

### **4. Hur har de upplevt sitt eget inflytande under vårdmötena?**

För att öka brukarnas inflytande har de blivit tillfrågade om var de önskar att vårdmötena skulle hållas. Brukarna verkar dock tycka att mötesplatsen inte har varit av så stor betydelse. Det finns däremot röster bland brukarna som säger att de hade önskat ett större inflytande över vilka som skulle delta i vårdmötesteamet. De har upplevt att delar av vårdteamet inte har behövt vara med eftersom deras problem inte motsvarar den professionens kunnande. Frågeställningens resultat utvisar att majoriteten av brukarna har känt sig lyssnade till under vårdmötena och upplevt att de fått göra sin stämma hörd.

## **7. AVSLUTANDE DISKUSSION**

### **7.1 DISKUSSION ANGÅENDE FRÅGESTÄLLNINGAR OCH RESULTAT**

Brukarnas psykiska tillstånd har förändrats i en positiv riktning. Detta visar både GHQ-12 resultaten och deras egna ställningstaganden i enkäten. Trots det mår flera av brukarna fortfarande mycket dåligt. Det går inte att svara på frågeställningen om vilken betydelse vårdmötena har haft för brukarnas psykiska tillstånd. Då flera av brukarna har medicinerat under vårdmötetiden har medicinen förmodligen spelat en stor roll i den förbättring som skett. Antalet vårdmöten kraftigt varierat bland brukarna. Förmodligen kan inte vårdmötena ha haft samma betydelse för en person som haft väldigt få möten i jämförelse med en brukare som har haft en längre kontakt. Angående de professionellas bemötande är brukarnas uppfattningar ganska olika. Vissa av brukarna hade önskat ett större inflytande över vilka som skulle ingå i vårdmöteteamet. För övrigt upplever de att de blivit lyssnade till och fått göra sin stämma hörd.

### **7.2 DISKUSSION AV RESULTAT**

Sammanfattningsvis märks att på det stora hela har brukarna upplevt vårdmötena som något positivt. Hjälpen har kommit snabbt och de känner sig bekräftade i sin svåra situation. Vårdteamen har uppfattats som hjälpsamma då de bland annat har ordnat läkartider och kontaktat arbetsförmedlingen åt vissa brukare. Enligt Seikkulas betydelse av ett vårdmöte, innebär det att det är ett tillfälle där vården skall planeras och definieras. Samtidigt finns ett terapeutiskt syfte som innebär att man skapar utrymme för allas åsikter och man vill skapa en dialog mellan deltagarna (1996). Frågan om vårdmötena har upplevts som en planering, som en terapeutisk verksamhet eller både och, har ställts till de brukare vi träffat. Av dessa fem har tre upplevt att vårdmötena varit både ett planerings- och ett terapeutisk möte. De övriga två har sett vårdmötena mer som en planering. Är detta ett misslyckande från vårdteamets sida? De två personer som uppgett att de ser vårdmötena som en planering, har ändå upplevt dem som något övervägande positivt. Därför kanske det inte kan ses som ett misslyckande.

Ett av de viktigaste målen som Seikkula har med sin arbetsmodell är att förhindra inläggningar och återinsjuknande. Det är därför märkligt att projektet ”Nätverks arbete för unga” inte har haft samma eller liknande mål. Det bidrar till att det inte helt går att jämföra projektets resultat med resultatet i Finland. Eftersom nätverket inte heller i lika stor

utsträckning har blivit involverade i vårdmötena som Seikkulas tanke var, anser vi att vårdmötesmodellen i Sigtuna på många sätt skiljer sig från Seikkulas modell. Ytterligare en skillnad mot Torneå är att arbetssättet där genomsyrar all psykiatrisk vård, vilket inte är fallet i Sigtuna kommun. Eftersom arbetssättet i Sigtuna ännu inte är integrerat i all verksamhet, är det också svårare att uppnå de goda resultat som visas i Torneå. För att få svar på frågan om vårdmötesmodellen bidragit till ett minskat behov av psykiatrisk vård, behöver utvärderingen upprepas vid ett senare tillfälle, och helst bör brukarnas vårdbehov följas upp över en längre tid

Av bortfallet på tre personer kan sägas att två av dessa är så kallade drop-outs. Vi vet inte så mycket om problematiken hos de tre personer som inte kontaktats mer än vad som kunnat avläsas från vårdmötesprotokollen. De visar dock på en ganska svår problembild. Detta överensstämmer i så fall med Soydan och Vinnerljungs teori kring drop-outs (2002). Hade de varit med i utvärderingen hade GHQ-12 värdet troligtvis blivit ännu högre.

Den kritik som framförallt har framkommit i resultatet är att två av brukarna anmärker på att vårdteamets konstruktion inte har passat de behov de ansett sig ha. I ett av fallen resulterade det i att brukaren avbröt kontakten efter två vårdmöten. I det andra fallet fortsatte dock vårdmötena. Detta kan tolkas som brist på inflytande från brukarens sida eller som dålig kommunikation.

Slutsatsen blir att det hade varit orimligt att brukarna idag skulle må mycket bra på grund av den hjälp de fått av vårdmötena. Det vore även orimligt att räkna med en fullständig psykisk och social återhämtningprocess efter ungefär ett halvår. Det är emellertid ganska naturligt att de idag mår bättre, i annat fall vore det en indikation på att vårdmötena snarare gjort skada.

### **7.3 METODDISKUSSION**

Ett problem med de olika metoder som använts i datainsamlingen är att det förmodligen ger sken av ett något snedvridet resultat. Detta eftersom vissa brukares röster har fått ta större plats i resultatet genom att de har intervjuats, men detta har tagits i beaktande. Tillvägagångssättet har ändå varit det bästa alternativet då vår närvaro har minskat det interna bortfallet och vi har kunnat förklara eventuella oklarheter i enkäten. För utvärderingen har det varit mycket värdefullt att brukarnas egna berättelser och tankar har fått komma fram.

I utvärderingar är det att föredra att göra före- och eftermätningar för att se vilken verkan insatsen har haft. Det har inte varit möjligt eftersom utvärderingen påbörjades antingen efter eller under brukarnas medverkan i projektet. I en projektplanering ska det

egentligen stå exakt hur utvärderingen kommer att gå till väga. I projektet borde även en sorts ”föremätning” utförts bland brukarna innan vårdmötena påbörjades. Eftersom detta inte var fallet har en retrospektiv utvärdering gjorts och det medför alltid vissa minnesproblem. Det är inte säkert att det brukarna uppgett att de upplevde innan vårdmötena är vad de egentligen upplevde då. Det bästa har ändå gjorts för att få till stånd en meningsfull utvärdering utifrån de förutsättningar som funnits.

#### **7.4 OBESVARADE FRÅGOR**

Den här utvärderingen är som nämndes inledningsvis en delutvärdering av projektet. Det är viktigt eftersom en utvärdering ur ett brukarperspektiv bör kompletteras med andra utvärderingsmodeller. En projektrapport kommer att utföras av projektledaren som kommer att innehålla en beskrivning av mål, genomförande och resultat. Denna utvärdering är tillsammans med en utvärdering om personalens samarbete delar av projektrapportens resultat.

Det finns mycket mer att studera kring detta arbetssätt. Om vårdmötesmodellen blir ett integrerat arbetssätt i kommunen vore det intressant att utvärdera dess verkan på samtliga av socialpsykiatrins och öppenvårdpsykiatrins gemensamma brukare. Både anhöriga själva samt personal inom projektet har önskat en utvärdering ur ett anhörigperspektiv. Vi tror att det vore mycket värdefullt eftersom nätverket är betydelsefullt enligt Seikkulas vårdmötesmodell.

## REFERENSER

- Andersen, T., (1994). *Reflekterande processer*, Stockholm: Mareld.
- Andersson, H., (2002). *Samtal, språk och möjligheter*, Stockholm: Mareld
- Andersson, H., Goolishian, H., (1992). *Från påverkan till medverkan –terapi med språkssystemiskt synsätt*. Stockholm: Mareld.
- Backman, J., (1998). *Rapporter och uppsatser*, Lund: Studentlitteratur.
- Bernler, G., & Johnsson, L., (2001). *Teori för psykosocialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Bjereld, U., Demker, M., Hinnfors, J., (2002). *Varför vetenskap? Om vikten av problem och teori i forskningsprocessen*. Lund: Studentlitteratur.
- Blume, B., Lundström, B., & Sigling, I-L., (2002). *Psykiatrins ABC*, Stockholm: Liber
- Borgegren, M., Gentzell, L., Eklund, M-L., Klingsell, T., Mossberg, A., (2001). *Familjer och nätverk*. FoU-enheten, Psykiatri Södra, Stockholms Produktionsområde.
- Byström, J., (1998). *Grundkurs i statistik*, Stockholm: Natur och Kultur.
- Dahlberg, M., & Vedung, E., (2001). *Demokrati och brukarutvärdering*, Lund: Studentlitteratur.
- Denhov, A. (1999). *Vad tycker patienter har varit till hjälp i psykiatrisk vård? -Ett diskussionsunderlag*, Rapport nr 9/99, FoU-enheten/psykiatri, Västra Stockholms Sjukvårdsområde.
- Eliasson, R., & Sunesson, S., i Eliasson, R., Levin, C., Meeuwisse, A., Sunesson, S., (Red.) (1990). *Den värderande blicken- om utvärdering i socialt arbete*, Lund: Studentlitteratur
- Forsberg, G. Wallmark, J. (1998). *Nätverksboken - om mötets möjligheter*, Stockholm, Liber AB.
- Forsell, Y. Hansson, A. (2001). *Psykisk ohälsa och behandlingsbehov ur ett befolkningsperspektiv- data från PART-studien*, Rapport 2001:2, Enheten för Psykisk Hälsa.
- Frankfort –Nachmias, C., & Nachmias, D., (1996). *Research Methods in the Social Science*, London: Edward Arnold.
- Gambrill, E., (1999), *Evidence-Based Practice: An Alternative to Authority-Based Practice*, Family in Society: Journal of Contemporary Human Service, Volume 80, Number 40.
- Halvorsen, K., (1992). *Samhällsvetenskaplig metod*, Lund: Studentlitteratur.
- Hutchison, E. D. (1999). *Dimensions of human behavior*, London: Pine Forge Press, Sage.

- Kjellberg, E. (red), (2001). *Man kan inte så noga veta...*, Smedjebacken, Mareld.
- Kvale, S., (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, S., Lilja, J., & Mannheimer, K. (under redigering). *En introduktion till metoder i social forskning: Metoder, teorier och vetenskapsfilosofier*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, S., Wikander, B., Helleday, A., Lilja, J., Eriksson, B. *För in ett mångdimensionellt perspektiv i socialt arbete*. Artikel ur Socionomen 3/2003.
- Marsh, P et al., (1978). *The rules of disorder*, London: Routledge.
- Morén, S., & Blom, B., (2003). *Insatser och Resultat-om utvärdering i socialt arbete*, Umeå: Umeå Universitet.
- Patel, R., & Davidsson, B., (1994). *Forskningsmetodikens grunder*, Lund: Studentlitteratur.
- Patton, M., (1987). *How to Use Qualitative Methods in Evaluation*, London: Sage.
- Patton, M., (1990). *Qualitative evaluation and research methods*, London: Sage.
- Payne, M., (2002). *Modern teoribildning i socialt arbete*, Stockholm: Natur och Kultur.
- Ruht, J-E., (1991). Reliabilitets och validitetsfrågan i kvantitativ respektive kvalitativ forskningstradition, *Gerontologica*, 5(4):277-290.
- Sandén, P., Lögdö, B., Paiardi, G., Piippo, J., Ström, G., Ström, M. (1998). *Västerprojektet-slutrapport*, Rapport 15/98 Psykiatrireformen, Västerås stad & Landstinget Västmanland.
- Scriven, M., (2002). *Den nya utvärderingsvetenskapen*, Ur: Socialvetenskaplig tidskrift, Nummer 2-3, 2002, Förbundet för forskning i socialt arbete.
- Sconfienza, C., (1998). *Mätning av psykiskt välbefinnande bland ungdomar i Sverige: användningen av GHQ-12*, Arbetslivsinstitutet.
- Seikkula, J., (1996). *Öppna Samtal -från monolog till levande dialog i sociala nätverk*, Västra Frölunda: Mareld.
- Seikkula, J., Arnkil T. E., Eriksson, E., (2003). *Postmodern Society and Social Networks: Open and anticipation Dialogues in Network Meetings*. Ur: Family Process, Summer 2003, Volume 42, Nummer 2.
- Shaw, I., & Lishman, J., (1999). (Eds.) *Evaluation and Social Work Practice*, London: Sage.
- Socialstyrelsen (1999:8). *Att inventera psykiskt funktionshindrade personers behov*, SoS-rapport.
- Socialstyrelsen, (2001). *Brukarråd och brukarrevisorer-inom verksamheter för personer med psykiska funktionshinder*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen, (2003). Rapport: *Brukarmedverkan i socialtjänstens kunskapsutveckling*.

Stevens, R., (1998). (Red.) *Att förstå människor: Socialpsykologiska aspekter på jag, medvetande och identitet*. Lund: Studentlitteratur.

Soydan, H., (2002), Ur: Socialvetenskaplig tidskrift, Nummer 2-3, 2002, Förbundet för forskning i socialt arbete.

Soydan, H., & Vinnerljung, B., (2002). *Några problem i utvärderingar av sociala interventioner och utfallsstudier*. Ur: Socialvetenskaplig tidskrift, Nummer 2-3, 2002, Förbundet för forskning i socialt arbete.

Topor, A., (1996), *Krisverksamheten för nyinsjuknade patienter med psykosproblematik inom Hässelby-Vällingby Psykitriska Sektor. Nya arbetssätt för en ny psykiatri*, Rapport 10, FoU-enheten/psykiatri, Västra Stockholms Sjukvårdsområde.

Topor, Schön, Bergh, Tidemalm & Svensson (1998). *Perspektiv på psykiatireformen*, Rapport 5/1998, FoU-Enheten/VSSO

Trost, J., (1994). *Enkätboken*, Lund: Studentlitteratur.

Vedung, E., (1991). *Utvärdering i politik och förvaltning*, Lund: Studentlitteratur.

Vedung, E., (1994:117). *Utvärdering i offentliga sektorn- problem och lösningar*, Rapport utgiven av stat- kommunberedningen, Civildepartementet.

Vedung, E., (2002). *Utvärderingsmodeller*, Ur: Socialvetenskaplig tidskrift, Nummer 2-3, 2002, Förbundet för forskning i socialt arbete.

Weiss, C.H., (1998). *Evaluation*, London: Prentice-Hall.

#### **INTERNETREFERENSER:**

[www.sos.se](http://www.sos.se) (2003-12-22)

#### **PERSONLIG KOMMUNIKATION:**

Paula Leveau 2003-09-11, 2003-10-10, Märsta

Jukka Pippo & Maria Ström 2003-11-21, Märsta

## BILAGOR

### 1. ENKÄTEN

### 2. BREV TILL DE BRUKARE SOM SVARAT PER POST

### 3. INTERVJUGUIDEN

1. Kön:

- Man  
 Kvinna

2. Ålder:

\_\_\_\_\_ år

---

3. Sysselsättning innan du sökte hjälp och kom i kontakt med vårdmöten?

- Arbetade  
 Studerade  
 Arbetslös  
 Arbetstränade/ hade sysselsättning inom socialpsykiatri  
 Sjukskriven  
 Annat: \_\_\_\_\_

4. Nuvarande sysselsättning:

- Arbetar  
 Studerar  
 Sjukskriven  
 Arbetslös  
 Arbetstränar/ har sysselsättning inom socialpsykiatri  
 Annat: \_\_\_\_\_

5. Fyll i de utbildningar du påbörjat och dem du avslutat:

	Påbörjat	Avslutat
Grundskolan (åk. 1-9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnasieutbildning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folkhögskola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Högskola/Universitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komvux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

6. Hur bodde du innan du fick börja med vårdmöten?

- Eget boende
- Hos förälder/föräldrarna
- Med partner
- Med kompis
- Inneboende
- Annat: \_\_\_\_\_

7. Var boendet du hade innan du fick börja med vårdmöten ordnat av kommunen?

- Ja
- Nej

8. Hur bor du nu?

- Eget boende
- Hos förälder/föräldrarna
- Med partner
- Med kompis
- Inneboende
- Annat: \_\_\_\_\_

9. Är ditt nuvarande boende ordnat av kommunen?

- Ja
- Nej

-----

### **OM VÅRDMÖTENA**

10. Vilken månad under år 2003 började du med vårdmöten?

\_\_\_\_\_

11. Är dina vårdmötesamtal avslutade?

- Ja
- Nej

12. Om du svarat ja på föregående fråga, när avslutades kontakten?

\_\_\_\_\_







**Svara på följande påståenden utifrån hur du idag tänker och känner.**

	Stämmer helt	Stämmer ganska bra	Stämmer inte särskilt bra	Stämmer inte alls
27. Jag kan koncentrera mig på vad jag gör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Jag har svårt att sova på grund av problem och svårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Jag känner att jag spelar en betydelsefull roll för andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Jag har inte mycket att vara stolt över	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Jag känner mig väldigt pressad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Jag kan inte klara av de dagliga problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Jag kan uppskatta det positiva i tillvaron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Jag kan ta itu med svårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Känner mig olycklig och nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Känt att mitt själv- förtroende har minskat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Tänkt på mig själv som en betydelselös person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Känt mig ganska lycklig på det hela taget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

39. Hur mår du i psykiskt avseende innan du började med vårdmöten?

- Mår dåligt
- Mår ganska dåligt
- Mår varken bra eller dåligt
- Mår ganska bra
- Mår bra

40. Hur mår du i psykiskt avseende idag?

- Mår dåligt
- Mår ganska dåligt
- Mår varken bra eller dåligt
- Mår ganska bra
- Mår bra

41. Hur såg din kontakt med vänner ut innan du började med vårdmöten?

- Dålig kontakt med vänner
- Ganska dålig kontakt med vänner
- Varken bra eller dålig kontakt med vänner
- Ganska bra kontakt med vänner
- Bra kontakt med vänner

42. Hur ser din kontakt med vänner ut idag?

- Dålig kontakt med vänner
- Ganska dålig kontakt med vänner
- Varken bra eller dålig kontakt med vänner
- Ganska bra kontakt med vänner
- Bra kontakt med vänner

43. Hur såg din kontakt med din familj ut innan du började med vårdmöten?

- Dålig kontakt med familjen
- Ganska dålig kontakt med familjen
- Varken bra eller dålig kontakt med familjen
- Ganska bra kontakt med familjen
- Bra kontakt med familjen

44. Hur ser din kontakt med din familj ut idag?

- Dålig kontakt med familjen
- Ganska dålig kontakt med familjen
- Varken bra eller dålig kontakt med familjen
- Ganska bra kontakt med familjen
- Bra kontakt med familjen

45. Vilken betydelse har vårdmötena haft för ditt psykiska mående?

- Negativ betydelse
- Liten negativ betydelse
- Varken positiv eller negativ betydelse
- Liten positiv betydelse
- Positiv betydelse

46. Vilken betydelse har andra insatser haft för dig som det har beslutats om i vårdmötena? (t.ex. enskilda samtal med psykiatriker eller medicinering).

- Negativ betydelse
- Liten negativ betydelse
- Varken positiv eller negativ betydelse
- Liten positiv betydelse
- Positiv betydelse

47. Fick du hjälp tillräckligt snabbt då du blev erbjuden vårdmöten?

- Nej, för sent
- Nej, lite för sent
- Varken snabbt eller för sent
- Ja, ganska snabbt
- Ja, snabbt

48. I vilken utsträckning har ditt vårdmötesteam haft förståelse för hur det är att ha ett problem som ditt?

- I liten utsträckning
- I ganska liten utsträckning
- Varken liten eller stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- I stor utsträckning

49. I vilken utsträckning har ditt vårdmötesteam's bemötande hjälpt dig att våga prata om dina problem?

- I liten utsträckning
- I ganska liten utsträckning
- Varken liten eller stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- I stor utsträckning

50. I vilken utsträckning blev dina önskemål och synpunkter uppmärksammade under vårdmötena?

- I liten utsträckning
- I ganska liten utsträckning
- Varken liten eller stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- I stor utsträckning

51. I vilken utsträckning har den hjälp du fått passat dina behov?

- I liten utsträckning
- I ganska liten utsträckning
- Varken liten eller stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- I stor utsträckning

52. I vilken utsträckning har ditt deltagande i vårdmötena varit en negativ upplevelse för dig?

- I liten utsträckning
- I ganska liten utsträckning
- Varken liten eller stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- I stor utsträckning

53. Om du skulle behöva söka hjälp igen för ditt psykiska mående, skulle du då kontakta någon i ditt vårdmötesteam för nya vårdmöten?

- Stämmer helt
  - Stämmer ganska bra
  - Stämmer varken bra eller dåligt
  - Stämmer inte särskilt bra
  - Stämmer inte alls
-

**Svara på följande påståenden utifrån hur du mådde strax innan du började med vårdmöten. Försök att sätta dig in i och minnas hur du tänkte och kände då.**

	Stämmer helt	Stämmer ganska bra	Stämmer inte särskilt bra	Stämmer inte alls
54. Jag kan koncentrera mig på vad jag gör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Jag har svårt att sova på grund av problem och svårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Jag känner att jag spelar en betydelsefull roll för andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Jag har inte mycket att vara stolt över	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Jag känner mig väldigt pressad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Jag kan inte klara av de dagliga problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Jag kan uppskatta det positiva i tillvaron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Jag kan ta itu med svårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Känner mig olycklig och nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Känt att mitt självförtroende har minskat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Tänkt på mig själv som en betydelslös person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Känt mig ganska lycklig på det hela taget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



2003-10-30

Hej!

Här kommer enkäten som vi vill att du ska fylla i. Vi heter alltså Elin Jansson och Isabelle Froehlich och läser sista terminen på Socionomprogrammet på Stockholms universitet. Vi har fått i uppdrag att utvärdera vårdrötesprojektet som du deltagit i. Denna utvärdering kommer att bli vår C-uppsats. Vårt syfte är att ta reda på din upplevelse av arbetssättet med vårdröten och vad det har betytt för dig.

Du kommer att vara helt anonym i uppsatsen. Det kommer inte att gå att utläsa vem som har svarat vad på enkäterna. Enkäten består till största del av frågor med fasta svarsalternativ. Det finns även några öppna frågor där vi vill att du med egna ord ska beskriva dina egna tankar. Eftersom det är en utvärdering av vårdrötesmodellen så är både positiv och negativ kritik välkommet. Vill du läsa vad vi skrivit kring dina svar kan du skriva det på en lapp och bifoga det tillsammans med enkäten till oss.

Uppsatsen kommer att bli en allmän handling eftersom den kommer att finnas på Socialhögskolans bibliotek, den kommer främst att läsas av andra studenter. Socialpsykiatrik och öppenvårdspsykiatrik i Märsta kommer även de att läsa vårt resultat.

De första nio frågorna i enkäten är allmänna personuppgiftsfrågor, därefter kommer ett antal frågor rörande de vårdröte/n du deltagit i. Frågorna 16, 17, 18, och 19 berör dina eventuella tidigare upplevelser av kontakter med psykiatrik och socialförvaltningen. På frågorna 27-38 vill vi att du tar ställning till ett antal påståenden om hur du tänker och känner idag. På frågorna 54-65 (som är samma som på s.7) vill vi att du ska svara på samma påståenden utifrån hur du tänkte och kände precis innan du kom i kontakt med vårdrötesteamet. Du får med andra ord försöka tänka tillbaks på hur du mådde då. På sista frågan får du berätta fritt om vad du vill kring dina erfarenheter.

Har du några frågor eller undringar kring oklarheter eller frågor du inte förstår då du ska fylla i enkäten är det bara ringa till Isabelle på telefon \_\_\_\_\_ eller \_\_\_\_\_

Tack så jättemycket för att du ställer upp! Skicka enkäten i det bifogade kuvertet till:

Isabelle Froehlich

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Med vänlig hälsning

Isabelle Froehlich & Elin Jansson

## INTERVJUGUIDE

- Upplever ni att vårdmötesteamet hade ett nätverksperspektiv i sitt arbete?
- I sådant fall, hur märktes det?
- Vad upplevde ni som positivt med vårdmötena?
- Vad upplevde ni som negativt med vårdmötena?
- Kunde ni märka att vårdteamet representerade olika verksamheter?
- Hur upplevde ni bemötandet från vårdmötesteamet?
- Var hölls vårdmötena?
- Vad har vårdmötena lett till?
- Ser ni några förändringar hos er själva eller er son/dotter?
- Vilken betydelse har vårdmötena haft i en eventuell förändring av er sons/dotters psykiska mående?
- Har ni tidigare erfarenheter av psykiatrin eller socialtjänsten?
- Iså fall, berätta om dem!
- Har ni upplevt att ni har haft inflytande under vårdmötena?