

Det sociala nätverkets och det sociala stödets betydelse för hälsa bland invandrar/flyktingpatienter på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning

Margareta Forslund

Solvig Ekblad

Arbetet med att rita nätverkskartor ingår som en del i en större undersökning med Dagmarmedel, "Invandrarprojektet" som bedrivs vid Fittja psykiatriska mottagning i Norra Botkyrka sedan 1993 07 15. Ca 60% av patienterna på denna mottagning har utländsk härkomst. En del har invandrat av socio-ekonomiska skäl, andra pga familjeanknytning men en hel del är flyktingar med svåra traumatiska upplevelser bakom sig. Resultaten visade att mer än hälften hade ett splittrat nätverk med låg social kontroll, där sammanbindande länkar endast fanns mellan två sektorer och att dessa länkar alltid utgick från familjen. Nätverkskartan är ett relevant instrument att diagnostisera hälsa och kommer att användas i en uppföljning av patientgruppen efter ett år.

Margareta Forslund är socionom och kurator vid Fittja psykiatriska mottagning och Solvig Ekblad är docent i transkulturell psykologi på Karolinska institutet och enhetschef vid Invandarmiljö och hälsa, IPM, Stockholm

Nätverkets betydelse för hälsa

Socialantropologerna har genom studier av beteendeformer i förhållande till det nätverk av relationer som omger människor, utvecklat en social dimension. En liknande ansats har förts fram av socialepidemiologerna genom att studera samband mellan den sociala omgivningen och individens hälsa. De sociala nätverken är snarast en metod i det förändringsinriktade folkhälsoarbetet för delaktighet, engagemang och egenmakt (1a). Socialt stöd betyder samspel mellan människor i att ge och få olika former av stöd psykologiskt, emotionellt, informativt, praktiskt eller materiellt.

Vid sidan av ett meningsfullt arbete eller sysselsätt-

ning och känsla av sammanhang är det sociala nätverket en av de viktiga skyddsfaktorerna för hälsa (21).

När vi bedömer och diagnostiserar invandrar/flyktingars psykiska besvär utgår vi oftast från en psykodynamisk kristeori (5,15), detta med anledning av den kris och identitetsförlust som exilen innebär (1b,2,6,19). Men för att fullt ut förstå invandrarens/flyktingens belägenhet och beteende måste vi vidga bedömningen till att också se till hur vi människor bemästrar stress. Kristeorin räcker inte till, den kan lätt bli patologiserande om patienten avviker från kristeoriens olika stadier. Vi människor bemästrar stress och psykosociala påfrestningar på olika sätt utifrån våra personliga resurser och det sociala stöd vi kan få av omgivningen.

J Cassel introducerade sin stress-och sårbarhetsteori 1976 (3). Han menar att psykosociala faktorer inte utlöser specifika sjukdomar, men däremot påverkas hormonbalansen och immunförsvaret så att redan latent sjukdomar utlöses när människan utsätts för psykosociala påfrestningar. Han hävdar vidare att:

1. sjukdom påverkar det sociala nätverket negativt på så sätt att det ger upphov till färre sociala kontakter
2. det sociala nätverket påverkar hälsan genom att det inverkar på individens sätt att leva. Det är normgivande vad gäller förhållandet till alkohol och andra droger, rökning och matvanor
3. nätverket fungerar som en buffert mot negativa effekter av stress
4. nätverket har en direkt inverkan på individens hälsa,

Vid sidan av ett meningsfullt arbete eller sysselsättning och känsla av sammanhang är det sociala nätverket en av de viktigaste skyddsfaktorerna för hälsa

Vi har velat undersöka både kvantitativa och kvalitativa aspekter av nätverk

sårbarhet för sjukdomar ökar i sociala sammanhang där individen inte får adekvat återkoppling på att hans/hennes handlingar leder till förväntade resultat.

Stress framkallas av en brist på balans mellan vad vi behöver och vad omgivningen erbjuder eller kräver av oss. Ofta är kraven, det sociala stödet, och känslan av kontroll över den egna situationen för små eller för stora. Hur vi handskas med situationen hänger samman med om vi upplever situationen som möjlig att bemästra (cope) eller ej (7,11,18). Stressfaktorer på grund av sekundär traumatisering efter ankomsten är specifika för invandrare/flyktingar, bl a osäkerhet om framtiden, upplevelse av ensamhet och utsatthet, social degradering, diskriminering, förlusten av modersmålet, kulturell distans. Hur väl individen lyckas med sin bemästringsstrategi beror dels på individens egna resurser men även på omgivningens beteende och struktur, med andra ord det sociala nätverket och det sociala stöd som det kan erbjuda. Cobb (4) definierar socialt stöd som information:

A. som får individen att känna att man bryr sig om honom och att han är älskad

B. som får individen att känna att han är uppskattad och värderad

C. som får individen att känna att han tillhör ett nätverk av kommunikation och ömsesidiga skyldigheter.

I flera prospektiva studier har man kunna påvisa det sociala nätverkets och det sociala stödets betydelse för hälsan och sambandet mellan socialt nätverk, socialt stöd och dödlighet (8,9,16,17). En färsk studie om gravida kvinnor från Bosnien (20) visar att förluster av familjemedlemmar, släkt och vänner kompenseras med professionella kontakter.

Vi har velat undersöka både kvantitativa och kvalitativa aspekter av nätverk. Hur många personer som finns i nätverket, hur de fördelar sig på ett antal bestämda undergrupper och vilken kvalitet relationerna mellan de olika individerna har. För att kunna ge stöd vid behov krävs dessutom att personerna är nåbara. Vår undersökningsgrupp är speciell på det sättet att vi kan utgå ifrån att många viktiga personer bor mycket långt bort, ofta i andra länder men dessa kan vara mycket känslomässigt viktiga utan att kunna ge så mycket stöd, trygghet, uppmuntran eller råd som tidigare.

Det är viktigt att observera att den som ritar sin nätverkskarta, ritar sin subjektiva upplevelse av sitt nätverk. Det finns olika sätt att rita nätverkskartor, men de har alla det gemensamt att det alltid finns begränsningar i hur mycket och vad kartan visar. Det innebär att vi aldrig får se något annat än ett delnätverk. Det hänger samman med flera faktorer, såsom syftet och i vilket sammanhang kartan ritas, sättet att rita, hur instruktionerna ges, vilken relation som finns mellan behandlare och patient, personens psykiska status och hur mycket och hur starka känslor som väcks hos den som ritar kartan. Ett viktigt observandum är de patienter som har varit utsatta för övergrepp och tortyr och som har fått diagnosen posttraumatisk stressyndrom, (PTSD). I den problematiken finns ofta tendenser till eller utvecklad paranoia. Tilliten till andra människor är ofta skadad, vilket gör att dessa människor är mycket rädda för att lämna ut uppgifter om sig själva och kanske ännu mera att lämna ut uppgifter om andra.

Syfte

För att undersöka hur det sociala nätverket ser ut, såväl kvantitativt som kvalitativt har vi använt oss av metoden att rita nätverkskarta med patienten, en metod som har använts i många sammanhang inom socialtjänsten, barnpsykiatri och vuxenpsykiatri (10,12,13,14). Vi har funnit att det finns många fördelar med denna metod:

1. man får snabbt information om patientens situation och sociala bakgrund som är mycket värdefull för det fortsatta behandlingsarbetet
2. det är relationsskapande
3. det hjälper patienten att se sig själv i ett sammanhang
4. patienten börjar reflektera över sin situation
5. det sociala nätverket aktiveras ofta av patienten själv efter att nätverkskartan har ritats.

Undersökningsgrupp

Projektgruppen bestod av 100 personer med invandrarbakgrund (födda i annat land) som remitterats till eller själva sökt hjälp på psykiatriska mottagningen. Slumpmässigt togs de ut i en undersökningsgrupp (50 patienter som ritade nätverkskartor) och en kontrollgrupp (50 patienter). Nedan kommer en beskrivning av undersökningsgruppen. Bortfallet i undersökningsgruppen var 33 procent. Av de 33 personer som återstod har 26 ritat sina nätverkskartor. Det har skett till-

sammans med behandlaren, en av två kuratorer och oftast vid andra besöket på mottagningen. Bortfallet i undersökningsgruppen bestod av 7 personer, en patient tackade nej, två patienter avbröt kontakten med mottagningen efter ett besök, fyra patienter kunde inte rita nätverkskarta p g a sitt psykiska tillstånd, såsom akut krisreaktion och paranoida vanföreställningar.

Av de 26 patienterna, (14 kvinnor och 12 män) hade totalt 81% (85% respektive 75%) vistats i Sverige i mer än 10 år och de kom från 15 olika länder. De flesta kom från Asien (42%), följt av Europa exklusive Norden (31%), Norden (19%) samt Latinamerika (8%).

Majoriteten var i åldrarna 30-40 år och totalt 61,5% var gifta (75% av männen och 50% av kvinnorna). De övriga, drygt en tredjedel levde helt ensamma, i något enstaka fall ensam med barn.

Av de 12 männen var 7 helt arbetslösa, en man arbetade 50% och var långtidssjukskriven 50%, 2 män var långtidssjukskrivna utan att ha något arbete att återgå till och en man hade sjukpension. Endast en man hade heltidsarbete. Situationen var lite annorlunda för kvinnorna. Av dem hade 8 av 14 heltidsarbete, en hade halvtidsarbete, en studerade, 2 var helt arbetslösa, en var långtidssjukskriven men hade ej något arbete att återgå till och en kvinna var sjukpensionerad.

Sociala nätverkskartan

Den typ av nätverkskarta som vi har använt är vanligt förekommande och används i en rad olika sammanhang. Patienterna ombads under kartläggningssfasen att rita sin nätverkskarta vid 2:a besöket hos kurator. I 5 fall har samtalet skett med hjälp av tolk (arabisk, turkisk, grekisk och spanskt). I övriga fall har det gått bra med svenska.

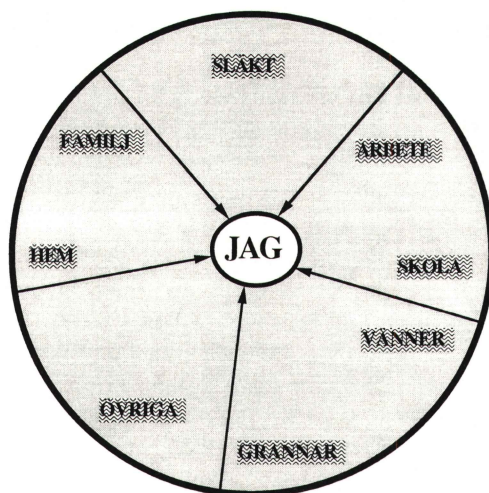
Nätverkskartan består av en cirkel enligt figur 1, som har delats in i fem undergrupper (sektorer), hem/familj, släkt, arbete/skola, grannar/vänner samt övriga. Den som ritar kartan placeras i centrum.

De olika sektorerna

Hem/familj: representerar det ursprungliga. Familjen föds man in i, den väljer man inte. Vi har medvetet avstått från att definiera detta begrepp, då vi var intresserade av ritarens egen definition. Vilka räknar man in i begreppet? Skiljer man på familj-släkt eller finns alla närstående med i familjesektorn? Finns det en skillnad mellan olika kulturer?

Släkt: Precis som fallet är med familjen föds man in i

NÄTVERKSKARTA



Figur 1. Nätverkskarta.

släkten men man kan även "ärva" den vid ingifte.

Arbete/skola: Den dagliga basen. Sysselsättning är betydelsefull av flera skäl, bortsett från försörjningsmässiga skäl ger det möjlighet att tillhöra en grupp, stärker identiteten, ger möjlighet till nya kontakter, erfarenheter och impulser.

Grannar/vänner: Förvärvas och man måste anstränga sig för att behålla dem. Grannarna kan påminna mera om släkt än om vänner. Vänner kan man välja fritt, men grannar?

Övriga: professionella kontakter, människor som har betalt för att träffa en och eventuellt även andra som inte riktigt passar in i någon annan sektor. Kan representera förändring och nya impulser, men för människor som har förlorat många anhöriga och vänner, kan personer i denna sektor istället betyda trygghet, stöd, hjälp och en länk till samhället.

Instruktion

1. Gör en lista över alla viktiga och betydelsefulla personer (alla ska tas med oavsett i vilket land de bor) i ditt liv och placera sedan in dem på kartan i respektive sektor och i förhållande till känslomässig närhet till dig själv.
2. Visa vilka som känner varandra inom nätverket genom att dra streck mellan dessa personer. (Man ser då om det finns sammanbindande länkar mellan de olika sektorerna, så att t ex information sprids till olika delar

av nätverket när ritaren behöver stöd eller hjälp av olika slag.)

3. Markera vilka av de inritade personerna som är döda, försvunna eller där kontakten har upphört av annan orsak, t ex pga konflikt. Markera också om några inom nätverket är osams med varandra.

4. Markera hur ofta du har kontakt med personerna i nätverket, dagligen eller minst en gång per månad.

5. Är känslan för personerna övervägande positiva eller negativa?

6. Slutligen markera vilka du tycker att du har emotionellt stöd av och vilka du kan få praktisk hjälp av, samt om detta stöd är ömsesidigt eller ej.

Några viktiga begrepp

Plexus: Är grupperingar inom nätverket, i en sektor, t ex en grupp släktingar som inbördes känner varandra väl men som har lite eller ingen kontakt med övriga i nätverket.

Isolat: Personer i nätverket som enbart har kontakt med den som ritar kartan. En sådan person kan vara mycket betydelsefull och fylla en speciell funktion i ritarens liv, t ex vara en vän som man delar sina innersta tankar med.

Täthet: Ett nätverk kan vara allt från glest till mycket tätt. I ett tätt nätverk känner de flesta varandra och en nyhet blir snabbt känd av många. Hög täthet behöver inte ovillkorligen innebära att nätverket är gott och positivt för ritaren. Det kan ibland begränsa och hindra personlig utveckling.

Näbarhet: För att kunna ge stöd krävs att personen går att nå.

Länk: Binder samman personer i nätverket. Vilka känner varandra? Länkar eller relationer kan se olika ut.

Kvalitetsaspekter

För att undersöka kvaliteten i relationen var följande aspekter av betydelse:

Frekvens: Hur ofta träffar ritaren personen ifråga? Vi har använt två gränser: dagligen eller minst en gång per månad.

Intensitet: Hur starka känslor har man för den andra personen och är känslorna övervägande positiva eller negativa?

Det är betydelsefullt att undersöka om relationerna i nätverket är ömsesidiga eller ej

Intimitet: Hur nära och förtrolig är kontakten?

Multiplexitet: Man kan ha flera beröringspunkter med en person; man kan vara både vän, arbetskamrat och granne.

Funktionalitet: Fyller relationerna någon funktion? Ger den: A. Känslomässigt stöd, B. Informellt stöd, råd, etc, C. Materiellt stöd? D. Får ritaren återkoppling (feedback) av den andre? Feed-back är en bekräftelse/dis-kvalifikation av ritarens beteende.

Symmetri - asymmetri: Det är betydelsefullt att undersöka om relationerna i nätverket är ömsesidiga eller ej. Är det fråga om ett givande och tagande eller är relationen enkelriktad?

Resultat

Drygt hälften (57%) tog med 15 eller flera personer i nätverkskartan, 19% uppgav 11-14 personer, 16% hade 6-10 personer och 8% sade 1-5 personer.

Trots att flera än hälften hade 15 eller flera i sitt nätverk var det bara 23% som hade personer med i alla fem sektorerna, 35% fyra sektorer, 23% tre sektorer 15% två sektorer och 4% endast en sektor.

Det här materialet visar att det inte i första hand är kulturella skillnader som gör att man delar upp familj och släkt i kartan. Fyrtiotvå procent har definierat begreppet familj som partner + barn medan 58% har definierat begreppet familj som partner, barn, föräldrar samt syskon. De som levde ensamma utan barn delade inte upp begreppen familj och släkt. Tidsfaktorn var viktig. Det var vanligare att man skiljde på begreppen familj-släkt om man hade bott länge i Sverige och under förutsättning att man lyckats bygga upp ett fungerande nätverk här i Sverige.

Alla hade någon eller några viktiga personer i familjesektorn medan endast 4 av 12 män och 6 av 14 kvinnor hade någon viktig person i sektorn för skola/arbete. Det mest anmärkningsvärda var att 16 stycken (61,5%, 8 män och 8 kvinnor) inte ansåg sig ha någon viktig person i denna sektor. De saknade alltså en daglig bas. Endast två kvinnor hade mer än 15 viktiga personer i sektorn för grannar/vänner. Ingen man hade mer än 10 personer i denna sektor.

För grupper av människor som inbördes kände varandra väl och som hade liten eller ingen kontakt med övriga nätverket (plexus) så saknades sådana grupperingar nästan helt, utom i sektorn övriga (30%). I sektorn övriga kunde en sådan grupp t ex vara en terapi-grupp.

Totalt sett träffade ingen mer än 10 personer per dag

Många hade förlorat viktiga personer, främst genom dödsfall. Det var främst bland familjen och släkten man hade tagit med avlidna personer som viktiga, men även i granne/vän sektorn fanns förluster.

Det allra vanligaste var att det fanns länkar mellan 2 sektorer (54%). I en och samma karta kunde det finnas flera olika 2-vägs-länkar. Samtliga 2-vägs-kontakter utgick från familjen, vilket innebar att det var upp till familjen att bestämma vilken information som gavs till det övriga nätverket. Om något hände kanske bara en sektor informerades, medan de andra sektorerna lämnades utanför.

I 12% av kartorna förekom inga sammanbindande länkar alls. I endast 4% av fallen förelåg sammanbindande länkar mellan samtliga fem sektorerna.

Totalt sett träffade ingen mer än 10 personer per dag, 4% träffade ingen alls dagligen samt 23% träffade mellan 6-10 personer dagligen.

Det vanligaste var, att man träffar någon ur familjen, 69% träffade mellan 1-5 personer ur denna sektor dagligen, medan 12% träffade mellan 6-10 personer, medan knappt en femtedel (19%) inte träffade någon familjemedlem dagligen.

Bara 4% mötte någon (1-5) släkting dagligen. Som tidigare nämnts var det bara 10 st som hade tagit med någon person i sektorn för skola/arbete. Av dessa träffade 2 män och 5 kvinnor 1-5 personer dagligen.

Vad gäller granne/vän sektorn mötte 4 män och 5 kvinnor 1-5 personer dagligen medan 1 kvinna träffade 6-10 personer dagligen. Elva personer (42%, 5 män och 6 kvinnor) träffade ingen granne eller vän dagligen.

Praktiskt taget mötte ingen någon släkting dagligen. Det visade sig att få träffade någon släkting minst en gång per månad heller. Endast 3 personer, två män och en kvinna träffade 1-5 personer ur släkten minst en gång per månad. Många hade sina släktingar kvar i hemlandet. Fjorton personer (5 män och 9 kvinnor) träffade däremot någon granne eller vän någon gång per månad.

De intervjuade svarade att de inte mötte någon ur den övriga sektorn dagligen, men däremot träffade 42%, (6 män och 5 kvinnor) 1-5 personer ur denna sektor minst en gång per månad.

Knappt en femtedel (19%) tyckte sig inte ha något

emotionellt stöd alls, medan 62% upplevde sig ha känslomässigt stöd av 1-5 personer och 15% hade stöd av 6-10 personer och 4% hade stöd av 11-14 personer. Det känslomässiga stödet upplevdes till 99% som ömsesidigt.

Det var något sämre ställt vad gäller praktiskt stöd. Hälften uppgav att de inte hade någon att vända sig till för att få praktisk hjälp, t ex med tolkning, fylla i blanketter eller när man ska flytta och behöver hjälp med att bära möbler. En tredjedel (36%) hade 1-5 personer som de kunde få hjälp av, medan 11% hade 6-10 personer och 3% hade 15 personer eller flera. Det praktiska stödet var ömsesidigt i samtliga fall.

Vad gäller relationer där både emotionellt och praktiskt stöd ingår, uppgav 50% att de inte hade någon sådan relation, 42% sade att de hade 1-5 sådana relationer medan 8% hade 6-10 sådana relationer.

Korrelation med andra mått på ohälsa

Resultaten angående antal personer som gav såväl emotionellt, praktiskt som ömsesidigt stöd korrelerades med resultat från andra mätinstrument.

Det visade sig att ju färre personer som gav både praktiskt, emotionellt som ömsesidigt stöd desto högre poäng på kriterier på posttraumatiskt stressyndrom enligt Harvard Trauma frågeformulär ($-.51, p<.01$) som ångest symptom ($-.42, p<.05$), depression ($-.48, p<.05$) samt total poäng ($-.47, p<.05$) på Hopkins symptomchecklista.

Ju högre grad av psykosocial påfrestning (axel 4 DSM-III-R) desto färre antal personer gav såväl emotionellt, praktiskt som ömsesidigt stöd ($-.42, p<.05$).

När det gäller aktuell funktionsnivå visade resultaten att såväl den högre aktuella funktionsnivån som den högsta funktionsnivån korrelerade positivt med antalet personer som gav emotionellt, ömsesidigt som praktiskt stöd ($.51, p<.01$, respektive $.39, p<.05$).

Diskussion

Med hänsyn till metodologiska begränsningar och relativt litet antal patienter i studien, konstaterar vi att resultatet vi redovisar återger hur patienten upplever sitt nätverk just vid rit-tillfället.

Det var väntat att många förlorat viktiga personer, då

Vi fann att mer än hälften hade ett splittrat nätverk med låg social kontroll

många i undersökningsgruppen kom från krigsområden och områden med stora politiska motsättningar. Vi fann att mer än hälften hade ett splittrat nätverk med låg social kontroll, där sammanbindande länkar endast fanns mellan 2 sektorer och att dessa länkar alltid utgick från familjen. I 12% av fallen fanns inga sammanbindande länkar alls. Hälften har förlorat någon familjemedlem genom dödsfall eller "försvinnande" och nästan lika många hade förlorat någon släkting. Mer än hälften av männen saknade arbete eller annan sysselsättning medan drygt 70% av kvinnorna hade arbete.

Ett viktigt observandum var de patienter som har varit utsatta för övergrepp och tortyr och som fått diagnosen PTSD, (posttraumatisk stressyndrom). I den problematiken fanns ofta tendenser till eller utvecklad paranoia, som gjorde att de var mycket rädda för att lämna ut uppgifter om sig själva och andra. Det visade sig att andelen avbrutna kontakter på grund av konflikter var få. Orsakerna kan vara flera. Det kan vara så att de inte har några konflikter med någon, men det kunde också vara så att de gjort ett positivt urval i nätverkskartan och helt enkelt inte tagit med dem som de var osams med.

Den sociala nätverkskartan förefaller vara en mycket relevant metod i samband med kartläggning av invandrar/flyktingpatienters kvantitativa och kvalitativa resurser/brister i det sociala nätverket. Projektgruppens patienter har gått igenom nätverkskartan på nytt i uppföljningen efter ett år och resultaten håller på att sammanställas.

Att tänka i nätverkstermer är ett bra komplement till bedömningen i övrigt av patienters psykiska status. Ett sätt att gå vidare och utveckla arbetet med nätverkskartor vore att be patienterna rita karta över hur de hade det i hemlandet innan flykten/emigrationen och en karta hur det ser ut nu och jämföra dessa med hälsotillståndet i hemlandet och här i Sverige.

REFERENSER

- 1a. *Pettersson B*: Nätverk - från filosofi till strategi, Folkhälsonytt 1995;2:3.
- 1b. *Apitsch H*: Exilen - en smärtsam omprövning av självbilden. PsykologTidningen 1989;22:4-8.
2. *Bustos E*: Identitetsförlust. Invandrare och Minoriteter; 1991;4:5-9-11.
3. *Cassel J*: The contribution of social environment host resistance. Am J Epidemiol 1976;104:107-123.
4. *Cobb S*: Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic medicine 1976;38:300-14.
5. *Cullberg J*: Kris och utveckling. Stockholm: Natur och Kultur, 1975.
6. *Fernandez M*: Invandrare och Minoriteter; 1990;4:17-19.
7. *Folkman S, Lazarus R S*: An analysis of coping in an middle-aged community sample. J Health Soc Behav 1980;21:219-39.
8. *Hanson B S*: Hur kan en individs sociala nätverk och sociala stöd påverka hälsan? Socialmedicinsk tidskrift. 1990;1-2:32-38.
9. *Hanson B S, Isacson S-O, Janzon L, Lindell S-E*: Social network, Social support and health in elderly men. A population study. Lund:1988, Studentlitteratur. Akademisk avhandling.
10. *Klefvebeck J m fl*: Forskningsrapport;:Nätverksarbete i multi-problemfamiljer, Botkyrka kommuns Tryckeri, 1987.