

Om det sociala nätverkets betydelse för hälsan

Brita Bergström

Karin Tengvald

Under senare år har vi kunnat märka ett ökat, delvis pånyttfött forskningsintresse för samspelet mellan befolkningens hälsa och den sociala miljön. För Sveriges vidkommande är detta säkerligen knutet till sådana förhållanden som en delvis förändrad målsättning för hälso- och sjukvården men också till den nu mer positiva värderingen av allmänt förebyggande insatser av både hälsopolitiska och samhällsekonomiska skäl.

En del av den sociala miljön, som särskilt i den internationella forskningen är föremål för ökad uppmärksamhet, är det sociala nätverket. Intresset har kommit att riktas mot det sociala nätverket och dess betydelse för hälsan ur två skilda utgångspunkter. Dels finns visst stöd för föreställningen att människors sociala relationer och deras integration i det sociala livet är av betydelse för uppkomsten av hälsoproblem. Dels finns också en ökande litteratur som visar den stora betydelse som det personliga nätverket har för hur människor handskas med redan uppkomna hälsoproblem. I det sammanhanget finns närmast anledning att tala om ett "lekmannavårdsystem" vid sidan av den yrkesmässigt bedrivna sjukvården. Som en bakgrund till de följande empiriska studierna redovisas här översiktligt det allmänna kunskapsläget vad gäller det sociala nätverkets betydelse för hälsan.

INLEDNING

Efter en period av relativt ointresse under efterkrigstiden har uppmärksamheten ånyo börjat riktas mot samspelet mellan den sociala miljön och befolkningens hälsotillstånd. Med den sociala miljön avses då samhällets organisation och sociala förhål-

landen. Men frågan om samspelet mellan den sociala miljön och hälsotillståndet innehåller åtminstone två principiellt helt skilda problemområden.

Den ena typen av frågeställningar handlar om att vissa samhällsförhållanden *orsakar* hälsoproblem. Så har man tex ånyo börjat intressera sig för arbetslöshetens betydelse för hälsotillståndet (1, 2), för hur vissa typer av arbetsorganisation och arbetssituation och även andra livssituationer påverkar hälsan (3). Som framgår av exemplen är de samhällsförhållanden, vars effekt på hälsan man nu börjat studera, av varierande karaktär.

Det andra problemområdet berör, kan man säga, de *samhälleliga konsekvenserna* av det faktum att hälsoproblem existerar i vårt samhälle. Också här ligger frågeställningar av mycket varierande innehåll. En utomordentligt viktig samhällelig konsekvens av förekomsten av hälsoproblem är att en betydande del av samhällets resurser ägnas åt att vidta åtgärder mot uppkomna hälsoproblem. I första hand tänker vi då på hälso- och sjukvårdsorganisationen, som årligen utnyttjar en tiondel av våra totala resurser (BNP). Men det är också väl känt att lekmän – de sjuka själva och människor i deras omgivning – dessutom ägnar sig åt att vidta åtgärder i samband med hälsoproblem (aktiv egenvård). Förutom den yrkesmässigt/professionellt bedrivna vården existerar alltså fortfarande, i vårt högteknologiska, moderna samhälle, lekmannavårdsystem av betydande omfattning. Våra kunskaper om omfattning, värde och "kostnader" av dessa system är dock klart begränsade.

Trots att de samhälleliga faktorernas effekt på

hälsotillståndet som forskningsområde skiljer sig väsentligt till inriktning och uppläggning från forskningen kring de i samhället existerande vårdssystemen är det tydligt att det i vissa fall är samma delar av samhället, samma sociala system, som studeras. Ett sådant "socialt system", som återfinns inom bägge dessa forskningsområden och väcker allt större intresse, är det sociala nätverket.

Den internationella forskning som nu växer fram kring det sociala nätverkets betydelse för hälsan handlar både om dess betydelse som en faktor som påverkar hälsan och som en faktor som påverkar hälsoarbetet. Det är framförallt möjligheterna att genom det personliga kontaktnätet få *socialt stöd* i svåra situationer som fäst uppmärksamheten vid det sociala nätverket.

I denna artikel redovisas en del teoretiskt och empiriskt material som varit av betydelse för utformningen av studierna och som utgör bakgrund till det fortsatta arbetet med det sammanslagna materialet från de båda studierna.

SOCIALT NÄTVERK

Termen socialt nätverk har fått ett visst genomslag i den offentliga debatten och betyder då ungefär människors personliga relationer till varann. I den vetenskapliga litteraturen, särskilt internationellt, omfattar termen ofta även andra relationer än de personliga, tex yrkesmässiga relationer och begreppet används också om relationer mellan andra sociala fenomen än individer, tex familjer eller företag (för en precisering, se 4). Termen socialt nätverk anses vara myntad av den engelske antropologen J A Barnes, som uttryckte sig målande:

"Jag föreställer mig en uppsättning punkter av vilka somliga är förenade med linjer. Punkterna är individer eller ibland grupper och linjerna anger vilka individer som samspekar med varann." (5)

Den allmänna forskningen kring sociala nätverk som socialt fenomen har ägnats åt att klassificera och studera betydelsen av olika egenskaper hos de sociala nätverken.

Den kanske mest klagörande och i forsknings-sammanhang användbara nätverksteorin har presenterats av J Clyde Mitchell (6). Hans teori skär genom en stor del av den på området befintliga

litteraturen och integrerar de olika i ett nätverk ingående mekanismerna till en mätbar struktur. Han skiljer mellan nätverkens *morfologiska* karakteristika, som refererar till existensen av sociala band, och de *interaktionella* karakteristika, som refererar till egenskaper hos dessa sociala bindningar. Morfologiska karakteristika är exempelvis nätverkens täthet, närbarhet och räckvidd. Interaktionella karakteristika är relationens innehåll, riktning, hållbarhet, intensitet och kontaktfrekvens. I den internationella litteraturen kan vi också finna exempel på andra klassifikationssystem och delvis också annan terminologi (se tex 7).

I olika studier har man visat att nätverken påverkas av andra sociala förhållanden tex vilken samhällsklass man tillhör (8, 9) boendemiljöns karaktär (10, 11), arbetsförhållanden (12) etc. Det sociala nätverket påverkas också av vissa förändringar i individens livssituation, tex social (13) och geografisk (8, 14) rörlighet. Den allmänna debatten kring människors personliga relationer i Sverige har också under senare år handlat om att den allmänna samhällsutvecklingen lett till ökad social isolering och bristande gemenskap i de nära relationerna. Några entydiga tecken i denna riktning har vi dock ej (se tex 15).

Socialt stöd

Då man inom hälso- och sjukvårdsforskning studerar betydelsen av sociala nätverk är det främst med tanke på de stödjande, positiva värden som relationerna kan innehålla – det sociala stödet.

Socialt stöd har i litteraturen definierats på en rad olika sätt (16), exempelvis som:

- kontakter som gör att individen känner sig antingen älskad, värderad eller som medlem i ett nätverk av kommunikation och ömsesidiga förpliktelse
- kontakter som gör att individen känner sig trygg
- en uppsättning personliga kontakter genom vilka individen behåller sin sociala identitet och får emotionellt stöd, materiell hjälp och service, information och nya kontakter.

I det sociala stödet ingår alltså komponenter av såväl emotionell som materiell karaktär. Det emotionella stödet innefattar element som gillande, upp-

skattning, kärlek, intimitet, säkerhet, social kontroll och socialt ansvar. I det materiella stödet innefattas element som materiell hjälp, råd, information som kan vara till hjälp vid problemlösning samt tjänster och liknande handlingar.

Sociala nätverk och hälsa — en översikt över empiriska resultat

Man har i ett flertal studier undersökt hur människors personliga nätverk sammanhänger med deras hälsotillstånd. Framförallt har man kunnat påvisa ett samband mellan avsaknaden av familjerelationer och ökad sjuklighet och dödlighet. Sådana studier har i själva verket en relativt lång historia. Den fransk-tyske sociologen Emile Durkheim fann redan under förra seklet en överdödlighet i självmord bland ensamstående, som han tillskrev den ensamas bristande sociala och kulturella förankring (16). I moderna socialepidemiologiska studier har vid upprepade tillfällen observerats att såväl sjuklighet som dödlighet är lägre bland gifta personer än bland ensamstående, änklingar eller fränskilda — speciellt för män (17). I en undersökning som utfördes bland en grupp kvinnor, alla patienter vid en allmänläkarmottagning i Edinburgh, konstaterades att de som hade många relationer till sin omgivning uppgav sig ha färre både fysiska och psykiska ohälsosymtom under den föregående månaden än de som hade få eller inga relationer. Man fann dessutom att de som saknade en förtrogen vän hade haft betydligt fler psykiska symtom än de som hade en sådan vän (18).

Bland individer som av en eller annan anledning saknar familj, vänner eller andra bekanta, har förekomsten av sjukdomar i andningsorganen och tuberkulos visat sig vara större än bland individer som har sådana relationer (19). Liknande resultat har rapporterats vad gäller depressioner, självmord och psykiska sjukdomar, som schizofreni (20).

Den ovan nämnda typen av undersökningar har ifrågasatts, tex i så måtto som den metodologiska kvaliteten inte alltid är så god och att man bl a sällan kontrollerat för de selektionsprocesser som ligger i att vissa problem, tex alkoholism, påverkar både hälsan i övrigt och individens möjligheter att fungera väl i sociala relationer. Bl a mot denna bakgrund undersökte Berkman och Syme sambandet mellan

Den grupp som hade många sociala kontakter i flera olika sociala sammanhang hade väsentligt lägre dödlighet än de socialt isolerade.

sociala relationer och dödlighet i en till uppläggning- en prospektiv befolkningsstudie (21). Den undersökta populationen bestod av ett representativt urval av ca 5000 individer, 30–69 år, i Kalifornien. Varje individ fick vid undersökningens början besvara en enkät angående sin personliga hälsa, sina levnadsvanor och socioekonomiska förhållanden samt omfattningen av sina sociala kontakter och relationer. Därefter insamlades mortalitetsdata under en nioårsperiod (1965–74). Man fann att gifta personer hade en betydligt lägre dödlighet än ogifta. Likaså hade de som ofta hade kontakt med nära vänner och släktingar en betydligt lägre dödlighet än de som saknade sådana kontakter. Ett samband, dock något svagare, konstaterades också mellan låg dödlighet och medlemskap i kyrka och andra föreningar. Sammantaget visade studien att den grupp som hade många sociala kontakter i flera olika sociala sammanhang hade väsentligt lägre dödlighet än de socialt isolerade. Detta gällde oberoende av faktorer som uppgiven hälsostatus vid undersökningens början, socioekonomiska förhållanden, fysisk aktivitetsgrad samt rök-, alkohol- och kostvanor.

Forskningen kring de sociala nätverkens betydelse för hälsan har på senare år förfinats. Från att huvudsakligen ha studerat mängden sociala relationer ägnas uppmärksamhet åt andra nätverkskarakteristika, exempelvis nätverkens täthet och flerdimensionalitet och relationernas karaktär och innehåll (22, 23, 24).

Många forskare har funnit att tätt knutna nätverk med flerdimensionella, varaktiga och djupa bindningar är positivt associerade med både materiellt och emotionellt stöd medan löst knutna nätverk (låg täthet) är positivt förbundna med tillgång på ny information och nya kontakter (25, 26).

Forskningsinsatserna har i liten utsträckning inriktats mot barnfamiljer. Det gäller dock allmänt att flertalet barnfamiljer är väl integrerade och har ett utbyggt nätverk av sociala relationer. Familjemed-

lemmarna själva är ju också en viktig del av varandras sociala nätverk (27). I jämförelse med tex äldre, som ägnats mer uppmärksamhet i Sverige (15) är barnfamiljerna mindre ofta isolerade och utan viktiga samhällskontakter.

"Life events" – hälsa

Parallellt med den typ av forskning som beskrivits ovan har under de senaste ca 20 åren också en hel del forskning ägnats åt att studera hur viktiga händelser i en människas liv – "life events" – påverkar hälsan. För att mäta effekten har man utvecklat olika "life event"-skalor (28) där händelser som skilsmässa, barnafödsel, en nära anhörigs sjukdom eller död, flyttning och förlust av anställning ingår. Man har funnit att höga skalvärden (baserat antingen på antal händelser eller summan av värden på "riktade" händelser) är positivt relaterat till såväl depressioner, självmordsförsök och olika psykiska sjukdomar som till leukemi, hjärtsjukdomar och andra fysiska sjukdomar och symtom (29).

"Life events" – sociala nätverk och hälsa

Flera av de "händelser" som ingår i life eventsskalorna och -studierna är i själva verket fenomen som förändrar och påverkar det sociala nätverket, tex flyttning, skilsmässa och arbetslöshet. Detta har man inte alltid tagit hänsyn till i de empiriska studierna, där man betraktat det sociala stödet som en buffertfaktor, som minskar sannolikheten för att problem skall uppkomma.

Det finns alltså empiriskt samband mellan "life events" och sociala nätverk, mellan "life events" och hälsa och mellan sociala nätverk och hälsa och detta är väl dokumenterat i litteraturen (30). Lin och medarbetare (29) fann emellertid, vid en genomgång av de studier som gäller "life-events", att endast 3–4% av sjukdomsvariationen därmed kunde förklaras. På samma sätt visar de studier som gäller det

.....
Det finns empiriskt samband mellan "life events" och sociala nätverk, mellan "life events" och hälsa och mellan sociala nätverk och hälsa.
.....

.....
Resultaten visade ett samband mellan både nätverksresurser och ohälsa och mellan "life events" och ohälsa.
.....

sociala nätverket att många personer bibehåller en god hälsa trots att de är utrustade med ett "dåligt" socialt nätverk. I en undersökning studerades de samtidiga effekterna av sociala nätverket och "life-events" på ohälsa i form av förekomst av psykiska symtom (29). Resultaten visade ett samband mellan både nätverksresurser och ohälsa och mellan "life event" och ohälsa. Sambandet var något starkare vad gällde nätverksresurserna. Respektive faktor förklarar emellertid var för sig endast en liten del av sjukdomsvariationen.

Den kombinerade effekten av socialt stöd och "life events" studerades också i en amerikansk undersökning rörande komplikationer i samband med graviditet och förlossning (31). Man fann inget samband varken mellan socialt stöd och graviditetskomplikationer eller mellan "life events" och graviditetskomplikationer. Då man däremot enbart studerade de som hade höga värden på "life event"-skalan fann man att de med liten tillgång till socialt stöd hade 3 gånger så många graviditetskomplikationer som de med stort socialt stöd.

Susan Gore's prospektiva studie av män som drabbats av arbetslöshet visade också att de män som hade ett svagt socialt stöd uppvisade kraftigare och fler negativa förändringar av såväl fysiska som psykiska symtom på ohälsa än de med starkt socialt stöd (32).

Gores studier är ett bra exempel på hur insikten nu börjar väckas kring behovet att sammanföra de tidigare mer skilda socialepidemiologiska forskningsområdena kring life events och sociala nätverk bl a mot bakgrund av det faktum att den verklighet man studerat delvis rör samma sociala förhållanden. Gore närmar sig nu också en kontextuell analys som innebär ett ytterligare sammanförande av tankegångarna med den traditionella sociologiska forskningen kring social integration och social förankring och dessa förhållandens betydelse för hälsan (33, 16, 22).

Sociala nätverk och hälsoarbete – några empiriska resultat

Studierna av hur lekmän använder sina resurser för att vårda sig själva och varandra har en annan bakgrund. Med arbetsmarknadens expansion under 60- och 70-talen, framför allt kanske ökningen av yrkesmässigt arbete med omsorg och omvårdnad, följde ett ökat intresse för det obetalda arbetet, den informella verksamheten (34, 35).

När det gäller informellt arbete inom hälso- och sjukvårdsområdet talade man på 70-talet om egenvård (översatt från det engelska selfcare) (36, 37). Den svenska 70-talsdiskussionen var i huvudsak en politisk diskussion, som knöt an till förhoppningar om substitutionsmöjligheter mellan den professionella vården och lekmännens insatser i en ekonomisk krisituation (38). Några tydliga belägg för att ökat engagemang och ökade insatser från lekmännens sida leder till en minskning av efterfrågan på professionella insatser överlag från sjukvården har vi inte, men någon egentlig prövning av idéerna har heller inte förekommit. Möjligen kan friskvårdsengagemanget och intresset för förebyggande vård fungera som motexempel. Både landstingen och lekmännen ökar i dag sina insatser på detta område.

Däremot pekar forskningsresultaten tämligen entydigt mot att personer som har tillgång till socialt stöd i omgivningen snarare efterfrågar och utnyttjar professionella insatser i större utsträckning än de som saknar informellt stöd (39). Samma typ av resultat kom Sundström fram till när det gäller social omsorg för äldre i Sverige (15). Utifrån ett välfärds-perspektiv kan vi alltså konstatera att de formella och informella "vårdsystemen" inte tycks kompensera för varandras brister. Det sociala nätverkets struktur förefaller också vara av betydelse för hur sjukvården utnyttjas (40). Personer med vänskapsorienterade kontaktnät söker exempelvis vård oftare än personer, vars nätverk har tyngdpunkten i släktskapsrelationer (41).

Den internationella litteraturen om lekmäns hälsoarbete innehåller också vårdkvalitets- och effektivitetsaspekter, som först nu börjar få genomslag i Sverige. Med få undantag har forskningen här kommit att handla om komplementaritet snarare än substituerbarhet och i forskningsinriktningen har man

Utifrån ett välfärdsperspektiv kan vi alltså konstatera att de formella och informella "vårdsystemen" inte tycks kompensera för varandras brister.

kunnat närma sig den för de professionella grupperna inom vården mer hanterliga "vårdprogramnivån" och i viss utsträckning lämnat systemnivån. Med andra ord börjar man forska kring frågeställningar av typen: Vilken blandning av lekmanna- respektive professionella insatser ger bäst vårdkvalitet/största effektivitet vid behandling och rehabilitering av personer med specifika hälsoproblem?

En betydande del av studierna inom området har hittills ägnats åt att lokalisera och strukturera lekmannainsatserna och deras omfattning (36, 42, 43). Kvantitativt sett överskuggar lekmännens insatser helt den yrkesmässiga vården och i relation till vissa vårdformer och vissa sjukdomar är deras insatser strategiskt viktiga. Det gäller mycket av öppenvården som bygger på att kontakter med vårdpersonalen följs av självbehandling och egenomvårdnad, mycket av förebyggande arbete och även den mycket krävande egenbehandlingen i samband med vissa kroniska sjukdomar t ex diabetes.

Var i samhället pågår då denna lekmanverksamhet? En studie av litteraturen pekar mot att vi kan urskilja tre typer av system eller nivåer av lekmannainsatser:

- Den sjuke "behandlar" sig själv.
- Den sjuke får hjälp av människor i sin nära omgivning – det sociala nätverket.
- Den sjuke får hjälp av andra lekmän i samma situation (med samma sjukdom) – patientföreningar, självhjälpgrupper etc.

Även om individens självbehandling är en mycket betydande del av de totala lekmannainsatserna visar studier, bla de här redovisade, att det sociala nätverkets roll, särskilt de nära anhörigas, också är viktig. Man använder sina kontakter för att få information, stöd och konkret hjälp i samband med sjukdom (39) och också för att få hjälp med kontakter med sjukvårdssystemet (44).

På senare tid har intressanta forskningsresultat

också pekat på att isolerade personer och personer utan tillgång till stödjande relationer lyckas sämre i såväl det medicinska som det sociala rehabiliteringsarbetet än de som har sådana relationer (39) och att risken för komplikationer kan öka. Sådana forskningsresultat ligger nära det tidigare diskuterade problemområdet där vi berörde karaktäristika hos det sociala nätverket som fenomen som *orsakar* hälsoproblem. Det sociala kontaktnätets omfattning, struktur och innehåll synes ha effekter såväl på risken att hälsoproblem uppstår som på vårdresultatets kvalitet när problem väl har uppstått.

Studier har också visat att hälsoproblem, liksom sociala problem kan orsaka "skador" på det sociala nätverket. Det har framförallt diskuterats i samband med mentala och stigmatiserande problem och/eller problem som ställer krav på olika sorters förändringar av de sociala relationerna. Man har kunnat iaktta att personer med sådana problem löper risk att förlora sina sociala relationer och överhuvudtaget utestängas från olika sociala sammanhang. I samband med denna typ av hälsoproblem har man prövat nätverksterapi (45, 46) och även sökt till skapa nya kontakter genom att utöka eller ersätta det tidigare nätverket med relationer med andra i samma situation, tex genom kontakt med patientföreningar och självhjälpgrupper (47). Att på detta sätt få tillgång till social gemenskap med likar har visat sig ha en direkt terapeutisk verkan på dessa med professionella metoder ofta svårbehandlade problem.

SAMMANFATTNING

Det empiriska och teoretiska material som redovisats ovan ger belägg för att

- det finns ett samband mellan människors sociala nätverk och deras övriga livssituationer,
- människors sociala nätverk har betydelse för deras hälsa, särskilt i samband med "life events",
- människors sociala nätverk påverkar hälsoarbetet.

Litteraturen ger däremot föga förklaring eller beskrivning av på vilket sätt och i vilka konkreta "dagliga" situationer nätverket används eller ageerar, dvs dynamiken i stödprocessen.

Gemensam litteraturlista återfinns sidan 36.



NORDISKA HÄLSOVÅRDSHÖGSKOLAN I GÖTEBORG

en samnordisk institution för högre utbildning inom hälso- och sjukvårdsområdet, anordnar under 1985 följande

KONFERENS

Sjukhusets roll i den framtida hälso- och sjukvården

7–9 maj 1985

Syftet är att analysera sjukhusens utvecklingsmöjligheter samt att diskutera alternativ till sjukhusen. Nordisk och internationell expertis medverkar.

Konferensen riktar sig till beslutsfattare, politiker, administratörer, planerare och ledande medicinsk personal inom de nordiska ländernas hälso- och sjukvård.

Avgift: 3000 SEK exkl hotell. I beloppet ingår dokumentation.

Anmälan skall vara Nordiska hälsovårdshögskolan, Medicinargatan, 41346 Göteborg, tillhanda senast den 1 mars 1985. Information och anmälningsblankett kan rekvireras från Nordiska hälsovårdshögskolan, tel 031–85 30 00.