

• Metod & arbetsformer

Professionellt nätverk vid psykos- rehabilitering

Om en metodik för
svårrehabiliterade psykotiker
inom sektorspsykiatri.

- Handledning
- Arbetsformer
- Teori
- Process

av Göran Högberg

Psykosrehabiliteringen är den nya psykiatrins provosten. Det är svårt att ersätta institutionsvården med en vård i frihet. Men det är samtidigt en fascinerande utmaning, och runt om i landet satsar besjälad psykiatri- och socialvårdspersonal på detta.

I denna artikel skall jag berätta något om ett sådant arbete, nämligen samordningsmetodik vid den öppna psykiatri inom sektorn Olofström—Sölvesborg i Blekinge. Jag skall beskriva detta arbete utifrån ett handledarperspektiv.

År 1985 inbjöds jag av Dr. Gyrit Hagman att inom sektorn starta en kombinerad handlednings och utbildningsgrupp med inriktning på nätverksarbete vid psykosrehabilitering. Arbetet har sedan utvecklats till att gälla metodik för samordning av det professionella nätverket. Grundidéerna för detta föddes vid S:t Lars sjukhus på Dr Ingrid Gottfries klinik i början av 1970-talet. Jag skall börja med att presentera handledningsmetodiken och sedan beskriva erfarenheter och reflektioner från arbetet.

Handledningen

Som handledare kommer jag utifrån till kliniken, och detta är viktigt för det ger möjlighet att se gamla problem ur nya synvinklar. Handledningen har ägt rum i en fast grupp som har träffats en hel arbetsdag på en plats som är skild från det vanliga arbetet. Intervallet mellan mötena har varit cirka 6 veckor.

Handledningsdagen har inletts med att jag vid ett blädderblock har haft en illustrerad teoretisk inledning för att få upp ångan. Vi har sedan valt vilka fall som skall dras. Vi brukar hinna med två större och en mindre dragning under dagen. Vi sitter i ett stort rum i en cirkelformad grupp utan några möbler i mitten.

I handledningen varvas samtal med psykodramatiska handledningstekniker. Detta betyder att vi i dramatisk form gestaltar olika sidor av arbetet med patienterna. Saker som kan spelas upp på detta vis är exempelvis personalens inbördes relationer, en aktuell situation från vården, patientens insjuknande, patientens inre och yttre situation, samarbetsmöten, framtidsplanering och så vidare.

I dessa dramatiseringar får personalen gå in och agera i patientens roll och genom detta ökar deras förståelse för patientens situation. Dramatiseringarna tjänar också syftet att träna nya förhållningssätt och experimentera med olika lösningsförslag.

Handledningsgruppen löper ett år i taget med konstant sammansättning och den är öppen för den psykiatriska sektorns personal av samtliga kategorier.

I handledningsgruppen är även den slutna vården representerad. De flesta som deltar är mentalskötare. 1989 övertog psykologen Christer Engman, Ronneby, handledningsarbetet.

Patientgruppen

De flesta av de aktuella patienterna har diagnosen schizofreni eller paranoid psykos. Det är patienter med upprepade sjukhusvistelser bakom sig och de har svårt att klara sig ute i samhället på egen hand. De engagerar många olika vård- och serviceinrättningar.

Utöver dessa patienter förekommer några så kallade särskilt vårdkrävande, det vill säga patienter som har dömts till psykiatrisk vård på grund av svårt våldsbeteende.

Professionellt nätverk

Begreppet socialt nätverk i psykiatrisk sammanhang myntades av Dr. J. L. Moreno på 1930-talet. Idén att arbeta med en patients naturliga grupp, det sociala nätverket, har sedan utvecklats av många personer, och under de sista tio åren har denna metod i lite olika utföranden börjat att tillämpas inom både det sociala, psykiatriska och medicinska fältet.

Vad gäller de patienter som vi arbetar med i Olofström—Sölvesborg så är de så svårt störda att de sedan lång tid hamnat utanför arbetsliv och normala sociala sammanhang. Vi kan därför notera att det naturliga sociala nätverket av grannar, släktingar, arbetskamrater, och så vidare, till stor del har ersatts av kontakter med vårdare och kontrollanter av olika slag.

Vårt mål har då formulerats som att samla de viktigaste av de personer som

"Gruppen måste gå igenom ett stadium där deltagarna kan erkänna sin individuella maktlöshet inför patienten och dennes sjukdom."

utgör det professionella nätverket runt patienten. Jag brukar säga att vi omformulerar teampsykiatri till att betyda att vi formar ett skraddarsytt team kring patienten. Patienten får ett eget team. Behovet av ett eget team gäller naturligtvis bara några få patienter, men det är i gengäld just dessa patienter där vården ofta kör fast.

Vårdlagets arbetsformer

Det professionella nätverket, i fortsättningen kallat vårdlag eller vårdplaneringsgrupp, består av de som har direkta vårdfunktioner i förhållande till patienten. Det kan röra sig om en läkare, en skötare i öppen vård, en skötare i slutenvård, en socialsekreterare etc. Gruppen kan inledningsvis ses utan att patienten är med. Men så snart som möjligt, vilket ofta blir efter en eller två gånger, bör patienten vara med.

Inom vårdplaneringsgruppen utses en person som fungerar som mötesordförande och som sammankallande. Vid mötet förs ett beslutsprotokoll eller minnesanteckning som alla får ta del av. Mötet bestämmer en fast mötesplan med spikade datum för minst en och gärna två terminer framåt. I början ses kanske gruppen var 6:e vecka, men sedan brukar det räcka med 2–3 gånger per termin.

De olika personerna som läkaren, skötaren, socialarbetaren har naturligtvis mellan gångerna sin egen vårdkontakt med patienten. I gruppen avhandlas gemensamma frågor av planeringskaraktär. Hur går det? Vad behöver ändras? Hur ser planeringen ut? Frågorna är av karaktären minsta gemensamma nämnare. Det handlar om att hitta en praktisk gemensam nivå. Ett viktigt syfte med vårdplaneringsgruppen är att med alla, inklusive patienten, närvarande i samma rum klargöra roll- och ansvarsfördelning. Härigenom erhålles efter många turer ett väldefinierat lag som samverkar i en individuell behandlingsplan där patienten själv är med i uppläggningsplanen.

Om patienten har ren psykoterapeutisk kontakt bör denna deltaga i vårdplaneringsmötet. I början hela tiden, så småningom när patientens självständighet ökar, kan det gå med ett mer glest deltagande. Om terapeuten ej är med är

risken för splittring stor. Vårdplaneringsgruppen plus patienten själv är en fast kärngrupp. Under arbetets gång uppkommer behov av samarbete med nya personer från exempelvis försäkringskassa och arbetsförmedling. De kan då komma som gäster till vårdplaneringsgruppen och delta vid behov i en gemensam planering.

Vårdplaneringsgruppen blir alltså ett verktyg som kan bearbeta de växlande svårigheter som rehabiliteringsarbetet erbjuder. Som en patient en gång sade:

— Gruppen fungerar som en datamaskins huvudprogram. Den är en plats dit man kommer åter för att få översikt, utvärdering och reflektion över vilka nya vägar som skall prövas.

Psykodynamisk teori

Vid tillstånd av psykosliknande karaktär talar vi ofta om "split", vilket översatt till svenska betyder kluven, tudelad. Denna klyvning kan ses i de personliga relationer patienten har. Med personliga relationer menar jag det som i psykoanalytisk teori ofta benämns objektrelationer. Klyvningen av de personliga relationerna kan visa sig i exempelvis Gud—Djävul-komplexet. Detta betyder att några personer blir gudomligt idealiserade medan andra får bli bärare av djävulens ondska. Denna klyvning och splittring finns också inne i patientens inre i form av växlande självkänsla mellan olika våldsamt kontrasterande självbilder som exempelvis Stålmannen, Hitler och offerlammet. Vi kan se hur en förföljelsetriangel uppstår där det sker en ständig rörelse mellan polerna förföljare, offer och räddare.

Patientens uppsplittrade självbild och kluvna relationer kan vi ofta se utlagd, som en bild eller ett mönster, i patientens professionella nätverk. Detta kan yttra sig som svårartade samarbetsstörningar mellan olika vårdgivare, exempelvis mellan sjuksköterska och socialarbetare eller mellan läkare och psykolog. Dess strider utgör då i viss utsträckning ett omedvetet samspel mellan vårdgruppen och patienten där vårdgruppen utvecklas till en spegel av patientens inre värld.

Resultatet av detta blir ofta ett behandlingsmässigt stillastående där patienten och personalen blir uttröttade



• En fallbeskrivning

Kring denna patient finns en "fycklöver med stam"!

När vi började med psykodramahandledning fick vi möjlighet att se alla personer omkring denna patient. Hon hade ett bristfälligt socialt nätverk.

Vi skapade ett starkt professionellt nätverk omkring henne.

av Lars Olsson

Jag skall här redovisa ett konkret fall från vårt nätverksarbete. Det rör sig om en yngre patient som i flera år huvudsakligen har vistats på sjukhus på grund av psykiska besvär av psykoskaraktär. Det vi började med var att träna patienten i lägenhet och det var mycket jobbigt eftersom patienten i många, många år vistats på sjukhus och var helt ovan med att vara ensam och med att sköta de mest elementära vardagliga uppgifterna.

Vi var två som hjälptes åt från början. En av personalen hade till uppgift att hjälpa patienten att med tåg ta sig från sjukhuset till träningslägenheten. Sedan var det jag som kontaktman som tog över och tränade patienten i lägenheten. I ungefär ett halvt år höll vi på så, och jag tyckte att det var oerhört arbetsamt att ensam svara för denna uppgift.

Jag kände att patienten testade mig väldigt mycket. Hon försvann, hade svårigheter med sina grannar, och också föräldrarna gick an med mig när inte saker och ting fungerade. Jag kände också att det saknades struktur kring denna patient. Det var inte bara föräldrarna som

Lars Olsson är skötare vid Dagverksamheten inom Vuxenpsykiatri i Sölvesborg.

var missnöjda, utan också sociala myndigheterna om ställde sig mycket frågande till om denna patient över huvud taget kunde vistas utanför sjukhuset. Då och då blev patienten psykotisk och togs in på sjukhus, och så fick jag börja om på nytt.

Psykodrama

I november 1985, när vi i sektorn började med psykodramahandledning i nätverksarbete, fick jag en möjlighet att se alla personer omkring denna patient. Innan jag tog upp patienten i psykodramahandledning hade jag gjort en kartläggning av hennes sociala atom både när det gällde hennes sociala, känslomässiga och professionella nätverk, vari jag ingick i det sistnämnda.

Det var utifrån detta som vi inom handledningsgruppen började titta på nätverket kring denna patient. Vi kom då underfund med att patienten hade ett mycket bristfälligt känslomässigt och socialt nätverk och att det som behövdes just då var att bilda ett starkt professionellt nätverk. Vi såg också på de konflikter och oöverensstämmelser som fanns mellan det professionella nätverket och det sociala nätverket och mellan

och besvikna. Om vi försöker att förstå detta som en försvarsreaktion kan vi säga att uppsplittringen tjänar att förhindra en djupare personlig relation. Stillastående bekräftar för patienten att någon förändring inte är möjlig. Och under detta ligger en rädsla att förändring till djupare relationer skall åstadkomma besvikelser och smärta.

I vårdplaneringsgruppen möter patienten flera av sina vårdkontakter samtidigt, och att möta dem alla i samma rum ger då en spegling av patientens personlighet. Detta är en erfarenhet som stärker identiteten och jagkänslan. Vi kan säga att delar av patientens personlighet var förlagd i de olika uppsplittrade relationerna och att samlandet av dem till en grupp har en integrerande, läkande, förenande funktion.

Naturligtvis finns många aspekter av detta arbete som knyter an till tidiga barndomsupplevelser. Jag skall inte

gå djupare in på detta här utan bara nämna en viktig sak. Nämligen det att vårdplaneringsgruppen kan tillfredsställa djupa behov av att vara i centrum, bli omhändertagen och känna sig trygg samtidigt som det finns gränser och tydlighet. Patienten kan då få upplevelser som stärker patientens tillit och trygghet.

Familjesyn

Många psykotiska patienter har insjuknat i tidiga tonåren. Tonårsfrigörelsen har inte kommit igång och patienten fick inte den gruppgemenskap som behövs för frigörelsen från föräldrarna. Resultatet blir ett komplicerat beroendemonster där patienten, vården och familjen samverkar.

Ofta kan vi se en sliten familj där utmattade föräldrar träder till för att assistera det vuxna barnet när vårdapparaten sviktär. Det viktiga budska-

pet från vårdplaneringsgruppen i början av dess arbete är att vården nu tar ansvar och ställer upp med ett vårdlag som håller för påfrestningarna. Föräldrarna kan slappna av och börja leva friare i förhållande till patienten. Ofta kan föräldrarna behöva extra stöd för att klara denna nya roll. När rehabiliteringen går framåt blir föräldrarna allt viktigare och de kan vara med på en del vårdplaneringsmöten. Föräldrarna har nu fått en ny roll som vanliga föräldrar till ett vuxet barn som de inte längre har vårdansvar för.

Parallellt med denna utveckling hos föräldrarna strävar vi efter att patienten får nya kontakter i exempelvis patientföreningen, arbetslivet, hobbyverksamhet och så vidare. Det kan också vara viktigt att arbeta med pa-



de enskilda i det professionella nätverket.

Vi kom fram till att ett effektivt nätverk i den nuvarande situationen skulle bestå av:

- huvudkontaktman
- kontaktman på avdelningen
- en personal som hade hand om medicin och som också kunde ha kontakt med patienten när huvudkontaktmannen var ledig
- medicinskt ansvarig som också hade samtal med patienten, vilket den hade haft tidigare
- en "kompis", en personal från psykiatri som kunde ha kontakt med patienten när huvudkontaktmannen var ledig
- en personal som hade bildterapi med patienten
- en socialsekreterare som hjälpte patienten med ekonomin.

För mig kändes det bra att ha ett nätverk kring denna patient. Jag kände mig inte längre ensam, jag hade fått en grupp att stödja mig på. Resultatet blev också att striden och bråken omkring denna patient minskade.

Vi höll våra planeringsmöten en gång i månaden med uppehåll under semes-

tern. I början var patienten inte med; det var under de två första mötena. Därefter var patienten med, och så har varit fallet under de flesta träffarna. Från tiden november 1986 till juli 1987 har vi haft totalt 20 möten. På dessa vårdplaneringsmöten behandlar vi olika ämnen. Det kan handla om ekonomi, bostad, hur man ska handskas med de olika problem som uppstått kring patienten, hur behandlingen ska gå vidare, tider för samtal och bildterapi, medicinering, avdelningspersonalens roll, och så vidare. På våra planeringsmöten får var och en klart för sig sin roll i förhållande till patienten, och patienten får också klart för sig vem den ska vända sig till när det gäller olika frågor.

Vi fortsatte med psykodramahandledning i detta ärende och i nästa handledningssession tog vi mera upp det känslomässiga nätverket. Det stod klart för oss att denna patient behövde en distans till sina föräldrar och att vi fick hjälpa patienten med att fortsätta på den frigörelseprocess som aldrig tidigare riktigt lyckats. Om vi ser tillbaka kan vi konstatera att patienten i dag har ett mycket bättre och friare förhållande till sina föräldrar än då. Patienten har blivit mycket mera självständig, ringer inte

hem så ofta, åker inte hem så ofta som förut och har en ökad förmåga till att lämna föräldrahemmet, när stämningen inte är bra, i stället för att bli där och "bråka".

Fyrklöver med stam

Under den tredje handledningssessionen kom vi fram till att det kring denna patient finns en "fyrklöver med stam" bestående av:

- det professionella nätverket
- medicinsk behandling
- terapi — bearbetning
- det sociala nätverket
- familjen.
- Det professionella nätverket fungerade fint, vilket det gör ännu i dag, trots att det tidvis har funnits svårigheter i samarbetet. Det var framför allt i början som det var svårt för medlemmarna i nätverket att komma ihåg sin roll och hålla fast vid den.
- Medicinen och det medicinska ansvaret har fungerat och fungerar bra.

tientens syskongrupp som ofta har varit utsatt för svåra slitningar på grund av patientens sjukdom. Att hjälpa till att utveckla normala syskonrelationer är en viktig del av frigörelsen från föräldrarna.

Vi kan säga att kärnan i rehabiliteringsprocessen sett ur familjesynpunkt är genomförandet av en sedan många år fördröjd tonårsfrigörelse.

Process

Process är något av ett modeord inom psykoterapi i dag, och när jag här använder det menar jag helt enkelt förändring över tid. Den första förutsättningen för att kunna observera

någon förändring är kontinuitet över många år. På grund av den psykotiska patientens svårigheter att bygga upp relationer och genom tendensen att förstöra nära relationer krävs personkontinuitet över många år i en lyckad psykosrehabilitering. Detta är självklart mycket svårt att åstadkomma i vården med alla byten av vårdenheter och omsättning av olika slags personal. Dessa vårdavbrott är destruktiva för patienten och dennes familj. Vårdplaneringsgruppen måste bli bärare av denna nödvändiga kontinuitet. Just därför måste den ha fasta normer med bestämd tid för varje möte, mötesplaner över en eller två terminer samt en personsammansättning med så liten omsättning som möjligt.

Vad gäller förändringen i familjerelationerna har jag tidigare beskrivit dem. Förändringen i patientens förmåga att relatera till andra människor kan dels beskrivas kvantitativt, och här kan vi se hur ett nätverk av vårdkontakter börjar ersättas av ett mer naturligt socialt nät-

verk. Vad gäller relationernas kvalitet så observerar vi förändringar från stereotypa sätt att relatera till mer sammanfattade och djupa. I patientens känsloliv är startpunkten ofta ett växlande tillstånd av kontaktlöshet och plötsliga svängningar mellan passivitet och överaktivitet där inslag av aggresivitet kan finnas med. Aggresiviteten kan vara riktad både mot andra eller mot patienten själv.

Under rehabiliteringens gång kan det uppkomma perioder av sorg och depression. Det är viktigt att inse att dessa stämningslägen är uttryck för ett framsteg i behandlingen därför att patienten börjar att sörja all den tid och alla de livsmöjligheter som sjukdomsåren har förstört. Patienten måste få dessa känslor bekräftade i vårdplaneringsgruppen och hjälpas igenom ett sorgarbete.

Inom själva vårdplaneringsgruppen kan vi också notera förändringar. I början av gruppens existens finns stora svårigheter i form av oklara yrkesgränser,



3. När det gäller terapi och bearbetning så har det fungerat för det mesta, och när det har varit svårigheter har huvudkontaktmannen diskuterat detta i gruppen.
4. Socialt. I början bodde patienten i träningslägenhet, men efter ett halvt år fick den en egen lägenhet på stan. Patienten har fungerat bra i långa perioder och så småningom fått lite kamrater i sin egen ålder. Arbete eller sysselsättning jobbar vi på att skaffa.
5. Relationen till familjen är mycket bättre i dag än när jag började med patienten 1985. Detta gäller såväl relationen patient—familj, som relationen kontaktman—familj.

Rent psykiskt har patienten visat mycket friskare tecken till skillnad från det första året, då hon mesta tiden var psykotisk. Numera blir patienten mer deprimerad ibland, men mera sällan är det psykos med hallucinationer och impulsgenombrott.

När patienten har blivit psykotisk har hon återvänt till sjukhus, och detta har ingått som en naturlig del av behandlingen. Eftersom det hela tiden har funnits och finns en kon-

taktman på avdelningen för denna patient så har det inte blivit avbrott i behandlingen under sjukhusvistelsen.

Vårt mål

Vårt mål när det gäller denna patient är en psykisk och social rehabilitering på hemorten.

Om vi tittar på sjukhusvistelsernas längd före och efter det jag började jobba, så visar det sig att denna patient under flera år före 1985 tillbringade i stort sett hela tiden på sjukhus. 1984 var patienten utanför sjukhuset 3 veckor. 1985 var patienten utanför sjukhuset i 13 veckor. 1986 kunde patienten vistas utanför sjukhuset i 4 månader, 1987 i 8 månader och under år 1988 har denna patient vistats 4 månader utanför sjukhuset fram till mitten av juli.

Jag tycker att psykodramahandledningen är ett mycket bra komplement till mitt behandlingsarbete när det gäller nätverksarbete kring "tyngre" patienter. I den handledningen har jag fått möjlighet att titta på hur gruppen och jag fungerar, och jag

har kommit fram till mina delmål och huvudmål.

Jag har också handledning i omvårdnadsarbete, och här tar jag upp problem som uppstår mellan patient och mig, men när det gäller att se hur hela gruppen kring patienten fungerar så är det psykodramahandledning som har hjälpt mig. □□□

misstänksamhet, brist på kontakt och annat som gör att det i början finns stora risker för destruktiva slitningar eller kollaps. En del av detta känner vi igen från varje nystartad grupp. Men den är fördjupad här därför att de olika gruppdeltagarna bär med sig så mycket frustrationer i form av bakslag i sina arbetsanssträngningar.

Gruppen måste därför gå igenom ett stadium där deltagarna kan erkänna sin individuella maktlöshet inför patienten och dennes sjukdom. Efter denna, ibland depressiva och aggressiva period kommer det förhoppningsvis en känsla av att det är möjligt att tillsammans åstadkomma något gott. Då har vi till slut fått en fungerande arbetsgrupp.

Antipsykotisk medicinering av typ fentiazinpreparat är inte att betrakta som substitutionsterapi eller som kurativ terapi utan enbart som ett hjälpmedel att kupera ångest och hallucinationer med. Medicinen botar inte den

inre känslomässiga isoleringen, och den kan ha allvarliga biverkningar på längre sikt. Målet är därför att patienten skall kunna fungera känslomässigt och socialt bra med så litet medicin som möjligt och helst utan någon medicin alls. Vägen till detta mål är lång och startar ofta från en situation där patienten blir administrerad depå-neuroleptika.

Inte sällan medicinerar patienten under aktiv eller passiv protest. I nätverksgruppen kan patientens tillstånd utvärderas, och det visar sig att ökade sociala kontakter, större trygghet i planeringen, framsteg i arbetslivet, effekter av psykoterapi och annat minskar behovet av medicinering. Nästa steg är att patienten själv tar ansvaret för en periods tablettmedicinering för att sedan kunna övergå till en självstyrd vid behovsmedicinering.

En viktig del i arbetet med medicineringen är att identifiera vad som ökar respektive minskar behovet av medicin och att hjälpa patienten att hitta egna

metoder att kupera ångest. Inom området "coping" finns mycket kunskap att hämta som minskar medicinbehovet.

Slutord

Den metodik som jag här har beskrivit för svårrehabiliterade psykotiker inom sektorspsykiatrien använder jag själv dagligdags inom barn- och ungdomspsykiatrien. Det gäller då främst barn och ungdomar med autism, andra tillstånd av psykoskaraktär samt barn med svår MBD-problematik.

Vårdplaneringsgruppen är något mer än summan av sina medlemmar. Vårdplaneringsgruppen innebär en kvalitativ förändring av arbetet där inga enskilda blir hjältar, men där gruppdeltagarna, patienten och familjen lär sig att uppskatta varandras olika förtjänster och förstå varandras brister i ett gemensamt viljefyllt ansvar för patientens bästa. □□□