

## Är jag psykiskt sjuk?

- En teoretisk studie om människans upplevelse av att insjukna i psykisk ohälsa

Elisabeth Krooks

Examensarbete för YH-examen

Sektorn för hälsovård & det sociala området

Utbildningsprogrammet för vårdarbete

Vasa 2012



## Examensarbete

Enhet	Social- och hälsovård
Respondent	Elisabeth Krooks
Utbildningsprogram	Vård
Inriktningsalternativ/Fördjupning	Vårdarbete
Handledare	Marlene Gädda

**Titel: Är jag psykiskt sjuk**

**- En teoretisk studie om människans upplevelse av att insjukna i psykisk sjukdom.**

---

Datum April 2012	Sidantal	57	Litteraturkällor	38	Bilagor	2
------------------	----------	----	------------------	----	---------	---

---

### Sammanfattning

Syftet med denna studie är att genom en teoretisk kvalitativ litteraturstudie undersöka en människas upplevelse av att insjukna i psykisk ohälsa. Hur påverkar insjuknandet henne och hennes vardag fram till att hon får vård? Hur kan man förebygga psykisk ohälsa? Hur påverkas familjen av att en familjemedlem insjuknar i psykisk ohälsa?

Dokumentstudie har använts som datainsamlingsmetod och som analysmetod har resuméartikel använts. Resultatet av forskningsartiklarna analyserades med innehållsanalys. De teoretiska utgångspunkterna är Erikssons (1994) syn på lidandet och Fromms (1968) syn på hoppet. Den teoretiska bakgrunden presenterar fakta om olika psykiska sjukdomstillstånd, intervention och hur man kan förebygga psykisk ohälsa inom familjen.

I resultatet framkommer det att en människa som upplever psykos för första gången ofta har lidit i flera månader eller år före symptomen blivit till den grad att det har behövts psykiatrisk vård. Vanligt är att den insjuknade sökt hjälp från primärvården för sina symptom flera gånger före symptomen blivit så uppenbara att akut psykiatrisk vård behövts. Brist på medvetenhet och oklarheter kring tecken och symptom på psykisk ohälsa är ofta orsaken till att en fördröjning av sjukdomförloppet sker. Vårdpersonal inom primärvården behöver vara medvetna om tidiga tecken och symptom på psykoser och andra psykiska sjukdomstillstånd för att kunna remittera personer i riskzonen vidare för konsultation. Många anhöriga upplever svårigheter med att känna igen tidiga tecken och symptom på psykisk ohälsa. De känner ofta frustration och skuld känslor över att de inte sett tecknen och symptomen på psykisk ohälsa hos den insjuknade. Vilket gör att de anhöriga upplever att de orsakat den insjuknade familjemedlemmen mer lidande.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: psykisk ohälsa, prodromal fas, anhörigas upplevelser, intervention och söka hjälp.

## THESIS

Sector	Health care and social welfare
Author:	Elisabeth Krooks
Degree Programme:	Health care
Specialization:	Nursing
Supervisors:	Marlene Gädda

**Title: Am I mentally ill**

**A Theoretical Study of the Human Experience of Developing Mental Illness**

---

Date April 2012 Number of pages 57 References: 38 Appendices 2

---

### Summary

The purpose of this thesis was to provide a theoretical qualitative study of human experience of suffering from mental illness. How is the everyday affected until she receives care? How can we prevent mental illness? How is the family affected by a family member diagnosed with mental illness?

The data collection method is a document study and the method of data analysis has been resume article. The result of the research articles were analyzed by content analysis. The theoretical starting points are Eriksson's (1994) views on suffering and Fromm's (1968) views on hope. The theoretical background presents facts on mental illness.

The result shows that humans experiencing first time psychosis often suffer several months or years before the symptoms require mental health care. The patient usually seeks help from primary care for his symptoms several times before the need of mental treatment is detected. Lack of knowledge, unclear signs and symptoms are often the reasons behind treatment delays in mental illnesses.

The primary care staff needs to be aware of the early signs and symptoms of psychosis and mental illnesses, to be able to refer patients in the risk zone for further consultation.

Family members often experience difficulties in recognizing the early signs and symptoms of mental illness. They often experience frustration and guilt over not noticing the symptoms, which give the impression that they caused more suffering to their ill family member.

---

Language: Swedish

Key words: mental illness, prodromal phase, careers experiences, intervention and help seeking.

# Innehållsförteckning

1 Inledning.....	1
2 Syfte och frågeställningar.....	3
3 Teoretiska utgångspunkter.....	4
3.1 Erikssons syn på lidandet .....	4
3.3 Fromms syn på hoppet.....	6
4 Teoretisk bakgrund .....	10
4.1 Psykisk hälsa.....	11
4.1 Psykisk ohälsa .....	11
4.1.1 Psykotiska tillstånd .....	12
4.1.2 Personlighetsstörning.....	13
4.1.3 Förstämningssyndrom.....	13
4.1.3 Ångestsyndrom.....	15
4.2 Förebyggande verksamhet med den psykisk ohälsa .....	17
4.3 Familjens betydelse för hälsa och ohälsa .....	19
5. Undersökningens genomförande .....	20
5.1 Val av material .....	20
5.2 Dokumentstudie .....	21
5.3 Resuméartikel .....	22
5.4 Innehållsanalys.....	23
5.5 Undersökningens praktiska genomförande.....	24
6 Resultatredovisning.....	26
6.1 Människans upplevelse av insjuknande i psykisk sjukdom.....	26

6.1.1	Insjuknande i psykos .....	26
6.1.2	Insjuknande i psykisk ohälsa.....	29
6.1.3	Orsaker till att människan inte söker vård .....	32
6.2	Vikten av förebyggande vård vid psykisk ohälsa.....	35
6.2.1	Förebyggande vård vid psykisk ohälsa.....	35
6.2.3	Vart söker sig den insjuknade .....	38
6.3	Den anhöriges upplevelse av familjemedlemmens insjuknande .....	41
6.3.1	Hurudant lidande upplever de anhöriga i relation till den insjuknade.....	41
7	Tolkning .....	42
7.1	Människans upplevelse av insjuknande i psykisk sjukdom.....	42
7.2	Vikten av förebyggande vård vid psykisk ohälsa .....	46
7.3	Den anhöriges upplevelse av familjemedlemmens insjuknande .....	48
8	Kritisk granskning.....	50
8.1	Kvaliteter i framställning i dess helhet .....	50
8.2	Kvaliteter i resultaten .....	52
8.3	Validitetskriterier .....	52
9	Diskussion .....	54
	Litteratur	
	Bilagor	

## 1 Inledning

I dagens samhälle kräver vi vuxna mycket av oss själva. Vi ska orka arbeta och ta hand om vår familj samtidigt som vi ska hinna med att ha fritidintressen. Vardagen kan ofta kännas stressig och kaotisk och ibland kan man ha känslan av att man är otillräcklig. Vi kan få svårt att koppla av som gör att vi snabbt kan komma in i ett ekorrhjul. De känslor av olust som uppkommer lägger man åt sidan för att ta hand om senare. Genom att man tvingar sig själv att orka och blundar för sanningen tänker man att imorgon blir det en bättre dag. Det som man inte tänker inte på att man kan drabbas av psykisk ohälsa med alla de följder det kan innebära. Om vi skulle börja tänka annorlunda om psykisk ohälsa och inse att det även kan drabba oss själva eller våra nära och kära så skulle människan bli mycket mera förstående. Samtidigt bör vi också komma ihåg att den psykiska ohälsan sällan syns utanpå och att vi alla kan ha någon i vår bekantskapskrets som mår dåligt fast han/hon inte berättar något.

Psykisk ohälsa kan definieras på många olika sätt och används oftast som ett samlingsnamn för alla former av psykiska sjukdomar, störningar och upplevelser av psykiska besvär. Den psykiska ohälsan kan ses som ett fenomen som normalt förekommer i en människas liv, men som av någon orsak ökat i grad och börjar påverka det dagliga livet. För den som drabbats innebär det inte sällan en skrämmande upplevelse av maktlöshet och svårigheter. Även de närstående påverkas av ett insjuknande och oroas när en familjemedlem mår dåligt och inte fungerar som vanligt. Med tiden har psykisk ohälsa börjat framstå som ett av våra allvarligaste samhällsproblem och en ökning har skett i hela befolkningen, samtidigt som det blir allt vanligare med långa sjukskrivningar p.g.a. psykisk ohälsa (Arvidsson, Skärsäter, 2010, 63-64). Psykisk ohälsa ger oss ofta en stämpel och folk skäms fortfarande över att prata om den tillsammans med familj, vänner och arbetskamrater. Därför kan många dra sig för att söka hjälp. Samtidigt har många också otillräcklig kunskap för att kunna identifiera psykisk ohälsa samt om vilka vårdformer som erbjuds (Heiskanen, Salonen, Kitchener, Jorm, 2006, 34). Oroväckande är att antalet personer i arbetsför ålder som inte orkar med sin vanliga livssituation och sina arbetsuppgifter. Vilket gör att läkare sjukskriver de insjuknade för en längre tid. Men det är också klarlagt att ju längre en sjukskrivning varar desto svårare blir det att gå tillbaka till

yrkeslivet. Därför är psykiskt hälsofrämjande och förebyggande insatser viktiga delar både ur den enskildes synvinkel och från samhällets synpunkt (Arvidsson, Skärsäter, 2010, 64).

Under 2000-talet har avdelningsvården minskat och öppenvården ökat. I medeltal har både vårdperioder inom den mentala sektorn och avdelningsvårdsperioder minskat. Sedan år 2006 har öppenvårdsbesöken ökat med 17 procent. År 2010 var det ca 155 000 patienter som använde sig av specialsjukvårdens tjänster inom psykiatrin med nästan 1,5 miljoner vård dagar. Öppenvården hade däremot 1,6 miljoner besök år 2010. Av nya patienter kom fortfarande en tredjedel till psykiatrisk specialsjukvård oavsett sin egen vilja. Trots detta har antalet tvångsåtgärder minskat sedan år 2005 (Stakes, 2012).

Beställare av studien är Välttjäjä- projektet. Projektet är ett utvecklingsprojekt som genomförs under åren 2009-2011 inom området i Mellersta Finland. Arbetet fokuseras på utvecklingen av mental- och missbrukarvården och är en del av det nationella Kaste-programmet. Utvecklingsverksamheten fastställs på basen av de aktuella och lokala behov som finns. Målet är att utveckla och förankra verksamhetsmodeller och servicestrukturer inom bastjänsterna missbruks- och mentalvårdsarbete samt att öka patientens delaktighet. I projektet deltar Vasa sjukvårdsdistrikt, Syd-Österbottens sjukvårdsdistrikt, Tammerfors stad och samkommunen för missbrukarvården i Tavastland (Välttjäät, 2009).

Syftet med denna studie är att genom en teoretisk kvalitativ litteraturstudie undersöka en människas upplevelse av att insjukna i psykisk ohälsa. Hur påverkar insjuknandet henne och hennes vardag fram till att hon får vård? Hur kan man förebygga psykisk ohälsa? Hur påverkas familjen av att en familjemedlem insjuknar i psykisk ohälsa? Respondentens val av tema motiveras av en nyfikenhet och en önskan om att som sjukskötare få mera kunskap om människans känslor och upplevelser kring att insjukna i psykisk ohälsa, för att kunna ge en bättre och individinriktad vård. Människor som kommer till psykiatriska specialsjukvården för första gången känner ofta skam och skuld känslor och tar ofta upp de fördomar som de levt med eller själva har om psykiska sjukdomar. Förloppet kan ha varit långt och människan kan känna en hopplöshet inför den situation hon är i. Samtidigt kan hon också ha mycket rädslor, inte enbart för sina symptom, utan även för behandlingen. Respondenten hoppas få svar på dessa frågor för att kunna växa i sin yrkesroll och på så vis bidra med stöd och hjälp för att dessa patienter ska känna sig trygga och våga ta emot den vård som erbjuds. Respondenten ville också undersöka ämnet för att öka den egna kunskapen i ämnet och medvetandegöra andra inom vårdbranschen.

## 2 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att genom en teoretisk kvalitativ litteraturstudie undersöka en människas upplevelse av att insjukna i psykisk ohälsa. Hur påverkar insjuknandet henne och hennes vardag fram till att hon får vård? Hur kan man förebygga psykisk ohälsa? Hur påverkas familjen av att en familjemedlem insjuknar i psykisk ohälsa? Respondentens val av tema motiveras av en nyfikenhet och en önskan om att som sjukskötare få mera kunskap om människans känslor och upplevelser kring att insjukna i psykisk ohälsa, för att kunna ge en bättre och individriktad vård.

Frågeställningar:

- 1 Vad är en människas upplevelse av att insjukna i psykisk ohälsa?
- 2 Vad kan man göra för att förebygga psykisk ohälsa?
- 3 Hur är anhörigas upplevelser av att en familjemedlem insjuknar i psykisk ohälsa?



### 3 Teoretiska utgångspunkter

Som teoretiska utgångspunkter har respondenten valt att beskriva lidandet utgående från Erikssons syn på lidandet (1994) och hoppet utgående från Fromm (1969). För att få hjälp med lidandet behöver man hoppet och hoppet finns även i lidandet, därför har respondenten valt att ta med båda.

#### 3.1 Erikssons syn på lidandet

Ett grundantagande inom vårdvetenskapen är lidandet. Lidandet är tillägnat människan och att leva innebär ibland att lida. Lidandet är en kamp mellan det onda och det goda och liv och död. Det utgör lusten och kärnan i allt mänskligt liv, men när livet segrar har lidandet utgjort en kraftkälla till ett nytt liv och en ny mening. Varje människas lidande är unikt och alla har inte förmågan att lida, men förmågan är livsviktig för människan eftersom det hör till livets djupaste villkor. I lidandet finns sorgen, sörjandet och smärtan och på det biologiska planet är det en varningssignal för att något är på tok. På samma sätt fungerar det även på det psykiska och andliga planet. I varje lidande tas någonting konkret eller något i symbolisk mening ifrån oss. Människan kan i lidandet utplånas som en hel person vilket kan ge en känslan av hopplöshet, skuld, sorg, förnedring eller ensamhet. I avsaknad av bekräftelse på sitt värde som människa kan hon gå in i en värld bortom allt lidande (Eriksson, 1994, 11-17).

Att lida innebär alltid en kamp och människan bär ofta på oro, ångest och en rädsla inför lidandet. Det första steget för att övervinna dessa känslor är att omforma dem till ett lidande. Beroende på i vilken livssituation människan är går hon in i eller ger upp kampen, men i den stund kampen upphör känner hon inte längre av lidandet. Människan kan uttrycka sitt lidande på olika sätt och ofta saknar hon ett språk för att uttrycka det hon känner. Hon blir tvungen att omvandla lidandet till en annan form som går att uttrycka på ett mera påtagligt sätt. Då lidandets kamp är som mest intensiv är människan oförmögen att förmedla sitt lidande till någon annan. Så länge det finns rörelse i lidandet finns det hopp, men om vi förnekar lidandet förnekar vi en del av livet vilket gör att vi tar bort möjligheten till att bli en hel människa (Eriksson, 1994, 30,31,38).

Eriksson lyfter fram det lidande som vi dag inom vården stöter på. Hon delar upp lidandet i tre delar, sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande är det lidande vi upplever i relationen till sjukdom och behandling. Vårdlidande är det vi upplever i själva vårdhandlingen. Livslidande berör lidandet och upplevelsen i den livssituation människan just befinner sig i (Eriksson, 1994, 82).

### **Sjukdomslidande**

Sjukdom upplevs i relation till sjukdom och behandling. Ett vanligt sjukdomslidande är om vi känner kroppslig smärta, men smärtan är inte enbart kroppslig, utan upplevs av människan som helhet. Det innebär inte att man nödvändigtvis har smärta vid sjukdom om inte smärtan är identisk med lidandet, men lidandet kan lindras genom att reducera smärta. En outhärdlig kroppslig smärta, kan driva människan till en själslig och andlig död. Sjukdomslidandet kan också upplevas i samband med behandling och förorsaka känslor av skam, skuld och förnedring. Orsaken till känslorna kan uppkomma av attityder från vårdpersonal eller vara självorsakad. Skuldkänslan uppkommer av en händelse där man nått gränsen och upplever ett illabefinnande. Den kan också uppkomma när människan har känslan av att hon själv förorsakat sjukdom och lidande genom att inte ha levt rätt. Stigmatisering på grund av ett avvikande beteende eller status kan också upplevas som ett sjukdomslidande (Eriksson, 1994, 83-85).

### **Vårdlidande**

God vård handlar om vårdetik. Genom att vi medvetet strävar till en god vård som är etisk och grundas på kärlek och ansvar för den andra kan vi eliminera onödigt lidande i vården. Det finns därför att vi ska bli mera medvetna om allt det goda som existerar. Vårdlidande kan vara orsakat av vården och är något som varje människa kan utsättas för och upplever på sitt eget vis. Vårdlidandet delas in i flera kategorier som kränkning av patientens värdighet, straff och fördömelse, maktutövning och utebliven vård. Den vanligaste formen är kränkning av patientens värdighet och hennes värde. Om människans värdighet kränks frångår hon möjligheten till att vara människa fullt ut, vilket gör att man hindrar henne från att använda sina innersta hälsoresurser. Alla människor är lika mycket värda och varje människa har en egen uppfattning om sin egen värdighet. Grundläggande för hälsoprocessen är att människan som patient upplever ett egenvärde. Det är vårdarens uppgift att ge patienten möjlighet att uppleva sin fulla värdighet genom att förhindra att en kränkning sker (Eriksson, 1994, 86-88, 98).

### **Livslidande**

Att vara patient eller uppleva ohälsa som berör hela människans livssituation innebär livslidande. Livslidande kan innebära allt från att känna hot mot ens totala existens, till en förlust av möjligheten att fullfölja något planerat. Lidandet inom livslidandet är relaterat till allt vad det kan innebära att leva och vara en människa bland alla andra. Hotet av förintelse, förtvivlan och rädsla blandas med viljan till kamplust och liv. Den totala livssituationen för en människa kan förändras på många olika sätt. Genom ett fysiskt lidande eller en plötslig, påtvingad förändring som strider mot det naturliga gör att människan behöver tid för att hitta nya meningssammanhang. En människa som upplevt sig som hel kan också plötsligt känna att identiteten spricker och hon blir flera delar av ett upplöst inre (Eriksson, 1994, 93, 94).

### **3.3 Fromms syn på hoppet**

Fromm (1968, 16) anser att hopp är tron på att det finns nya platser i livet att besöka eller att livet är en rörelse som inte stannar upp eller stagnerar. Det är en psykisk följeslagare till livet och tillväxten och är förbundet med känslor och medvetenhet. Fromm kritiserar det passiva hoppet och beskriver det som ett diffust framtidshopp om vad som möjligen kan hända i morgon, nästa vecka eller nästa år. Han tar också upp att hoppet är paradoxalt. Det är varken ett passivt väntande eller ett orealistiskt betvingande av omständigheter som inte kan inträda. Det påminner i stället om en tiger som är beredd att i rätt ögonblick ta till ett språng då ögonblicket är inne. Att hoppas innebär att vara redo för det som ännu inte är fött eller ett sätt att vara. Människan behöver ha en inre beredskap och vara beredd, om hoppet får en annan utgångspunkt eller försvinner. Man bör inte bli förtvivlad om födelsen inte sker under den egna livstiden och Fromm menar att det är meningslöst att hoppas på något som inte kan finnas eller något som redan finns. Hoppet är ett utslagsgivande element vid varje försök att förändra samhället genom att göra det mera levande, förnuftigt och medvetet. Dess natur missförstås ofta och förväxlas med inställningar som inte har något med hopp att göra, utan är i stället dess raka motsats (Fromm, 1968, 16).

En oförmåga att skilja mellan medvetet och omedvetet hopp bidrar till av vi inte vet vad hoppet egentligen är. Samma misstag begås även i frågan om andra, emotionella erfarenheter som lycka, ångest, depression, leda och hat. Många människor är omedvetna om vissa känslor och de erkänner inte för sig själva att de är rädda, har tråkigt, känner hopplöshet eller ensamhet. Många känner medvetet hopp och omedvetet hopplöshet, men

ett fåtal känner tvärtom. När det handlar om hopp och hopplöshet gäller det inte i första hand vad individen tror om sina känslor, utan vad de verkligen känner. Vad individen känner kommer mindre fram genom ord och fraser utan upptäcks snarare genom en iakttagelse av ansiktsuttryck, sett att gå på och förmåga att med intresse reagera på något som tilltalar. Samtidigt kan människan sakna förmågan att lyssna till förnuftiga argument (Fromm, 1968, 16-18).

Fromm menar att hoppet är ett sätt att vara, en beredskap och en känsla av intensiv men ännu inte förbrukad aktiv inriktning. Han tar upp begreppet aktivitet som bygger på en av de mest spridda mänskliga illusionerna i ett modernt industrisamhälle. Aktivitet är att vara verksam och sysselsatt och det finns många som är så aktiva att de inte står ut med att göra ingenting. Han menar att människan hela tiden är sysselsatt på något vis genom olika aktiviteter eller så pratar hon om ingenting på ett aktivt sätt. Människan tror att hon då är väldigt aktiv men egentligen är hon inte medveten om att hon är intensivt passiv, trots ständig sysselsättning. Hon kräver oavbruten stimulans från omvärlden och drivs av tvånget att göra någonting för att slippa den ångest som hon kan känna om hon konfronteras med sig själv (Fromm, 1968, 18-22).

Hoppet är nära förbundet med tron som är övertygelsen om en verklig möjlighet och medvetenheten, något betydelsefullt och rationellt när den hänför sig till något verkligt som ännu inte framträtt. Tron och hoppet är ingen förutsägelse av framtiden. Trons paradox är vissheten om det osäkra och bygger på människans livserfarenhet och förvandling. Tron på att andra kan förändras är ett resultat av erfarenheten att jag själv kan förändras. När det gäller mänskliga relationer betyder "att tro" på någon att man djupt litar på den andra. Man är säker på att personens grundläggande attityd är pålitlig och oföränderlig. I samma betydelse kan vi tro på oss själva och på vår grundinställning till livet. Den tron kommer genom vår identitetskänsla, jagupplevelse och förmåga att legitimt uttala ordet jag. Fromm tar också upp att hoppet och tron är väsentliga egenskaper hos livet som ständigt förändras och aldrig förblir konstant. Det följer livet i sin egenskap av rörelse och tenderar att bryta sig ut och övervinna det som redan finns. Fromm menar att liv som stagnerar tenderar att dö och om stagnationen blir fullständig, har döden redan inträtt. Varje sekund är ett avgörande ögonblick i våra liv då utvecklingen går mot det bättre eller sämre vilket gör att vi antingen blir starkare eller svagare, modigare eller fegare, klokare eller mer dåraktig (Fromm, 1968, 18-22).

Hoppet som sinnesstämning åtföljs av tron. Tron kan inte bestå utan en hoppfull sinnesstämning och hoppet kan inte bygga på något annat än tron. Sinnesstyrka eller modet är förbundna med hoppet och tron. Det är förmågan att motstå frestelsen och förmågan att säga nej när världen vill höra ett ja. Sinnesstyrkan går inte med i hoppet och tron utan förvandlar eller följaktligen förstör dem till tom optimism eller irrationell tro. Fromm menar att vi inte kan förstå vad sinnesstyrka är om vi inte sett andra sidan, oförskräcktheten. Den individ som är oförskräckt fruktar inga hotelser, inte ens döden. Fromm menar att begreppet täcker en rad olika attityder och nämner tre av dem. (Fromm, 1968, 18-22).

**Den första oförskräcktheten** är att människan kan vara oförskräckt för att hon inte bryr sig om att leva. Livet betyder inte mycket för henne, och även om hon inte fruktar döden kan hon mycket väl vara rädd för livet. Hennes oförskräckthet grundar sig på bristande kärlek i livet och i allmänhet är hon inte oförskräckt i sådana situationer där hon kan riskera livet. Egentligen söker hon ofta faran för att undkomma sin fruktan för livet, för sig själv och för andra människor. **Den andra oförskräcktheten** visar en människa som lever i symbiotisk underkastelse under en idol. Idolens bud är heligt och det är starkare än t.o.m. människans egen självbevaringsdrift. Om hon skulle tvivla eller bryta budet finns det risk för att hon förlorar sin identitet och det skulle kunna innebära att hon riskerade en ytterst isolering och kunna drivas till vansinnets rand. Hon är i stället villig att dö för att inte utsätta sig för en sådan fara. **Den tredje oförskräcktheten** återfinns hos en helt utvecklad individ som har tyngdpunkten inom sig själv och älskar livet genom att hon vunnit över begäret. Hon har full kontakt med verkligheten både inom och utanför sig själv och behöver inga idoler, irrationella önskningar eller fantasier och har på så vis inget att förlora. Hon är rik för att hon är tom och stark för att hon inte är slav under sina begär. Fromm menar att om en sådan individ når full "upplysning" är hon absolut oförskräckt. Om människan är på väg mot detta ouppnådda mål har hon ännu inte nått fullständig oförskräckthet. Var och en som strävar till att utvecklas mot ett tillstånd då hon är helt sig själv, vet att varje gång hon tar ett nytt steg mot oförskräcktheten fylls hon av en uppenbar känsla av styrka och glädje. Hon känner att en ny livsfas har inletts (Fromm, 1968, 22-35).

### **Hoppets förintelse**

Fromm tar upp frågan om hoppet, tron och sinnestyran. Om dessa är på vår sida, hur kan det då komma sig att så många förlorar dem och börjar älska sitt slaveri och sitt beroende? Fromm skriver att när livet börjar för det lilla barnet kommer tillfälligheten och miljöns skiftningar att antingen gynna eller förstöra hoppets potential. Människan hoppas bli älskad, förstådd, kunna känna omsorg och vara respekterad och de flesta av oss hoppas få hysa förtroende för en annan. Det lilla barnet känner ännu inte till lögnen men efter hand blir det invaggat i lögnens värld via andra människor, ofta just av de människor de mest litar på (Fromm, 1968, 22-35).

Det är få människor som undgår att få sina förhoppningar svikna eller förintade i något skede. Om människan inte skulle ha upplevt besvikelsen över en förintad förhoppning, skulle hennes hopp vuxit sig starkt och okuvligt och gjort att hon kunnat bli en optimistisk dagdrömmare. Det kan också hända att hoppet blir så grundligt förintat att hon kanske aldrig mer återfår det. Människans personliga, psykologiska, historiska och konstitutionella omständigheter påverkar hur svaret och reaktionen blir då hoppet förintas. Många människor reagerar med att anpassa sig till den genomsnittsoptimism där de hoppas på det bästa utan att i slutändan bry sig om vad resultatet blir då deras hopp sviks. I stället för att känna hopplöshet går de med i en välanpassad grupp där man aldrig känner sig hopplös. De sänker i stället sina anspråk på vad de kan få och drömmer inte ens om det som ligger utom räckhåll. Detta gör att optimismen är medveten, medan resignationen förblir omedveten (Fromm, 1968, 22-35).

Ett annat resultat av förintelsen är "hjärtats förhärdelse". Fromm tar upp ett exempel med ett misshandlat barn. Barnet har i något skede fått nog av det som sker och gjort ett beslut att aldrig mer känna något eller ge någon möjlighet att göra det illa på något vis. I stället svänger barnet det till att det är det som kan gör andra illa. Fromm menar att det handlar om ödet och inte om otur i livet. Han menar att när man en gång mist förmågan till inlevelse, kan man inte längre röra någon eller själv bli rörd. Triumfen i livet är att inte behöva någon och många av de människor som fått den här inställningen förblir frusna och följaktligen olyckliga livet ut. Det finns de som träffar någon som bryr sig om dem och intresserar sig för dem, som gör att en ny känslodimension öppnar sig och gör att människan som "skadats" tinar upp och ändras. Det gör att hoppets frö vaknar till liv igen (Fromm, 1968, 22-35).

Människan vars hopp tillintetgjorts hatar livet och vill förstöra det. Den destruktiva reaktionen kan inträda hos dem som av sociala eller ekonomiska orsaker är utestängda från samhället. Det är inte den ekonomiska besvikelsen i första hand som är orsaken till destruktiviteten, utan mer det faktum att situationen känns så hopplös. Fromm menar att det inte råder några tvivel om att det finns sådana grupper som är så nödställda och misshandlade att de inte ens känner av sitt hopplösa läge och saknar varje glimt av hopp (Fromm, 1968, 30-35).

Fromm tar upp att människan uppfattade världen som en trygg vistelseort ända till året 1914, då krigen med en brist på respekt för den andra människan tillhörde det förflutna. Men i stället utbröt första världskriget och sedan har det bara fortsatt. Allt detta har gjort att människan fått en ökad känsla av maktlöshet och hopplöshet. Och Fromm menar att om världen forstätter med alla dessa krig, överbefolkning, leda och svält där det inte finns något hopp, någon tro eller sinnesstyrka kommer vi att göra slut på allt liv. För att kunna göra framsteg mot en bättre ordning måste vi få grepp om hopplösheten samt undersöka om det finns någon realistisk möjlighet att ändra våra sociala, ekonomiska, och kulturella liv på ett sådant sätt att människan kan hoppas igen. Fromm menar att om den möjligheten inte finns är det dåraktigt att hoppas, men om möjligheten finns, är hoppet också möjligt. Genom nya alternativ och valmöjligheter där vi handlar gemensamt kan vi förverkliga nya alternativ (Fromm, 1968, 35).

## **4 Teoretisk bakgrund**

Som teoretisk bakgrund har respondenten valt att beskriva kort vad psykisk hälsa. Fakta om psykisk ohälsa, de vanligaste psykiska sjukdomarna har också tagits med samt patienters tankar och känslor kring ett insjuknande. Respondenten valde även att ta med hur man kan förebygga psykisk ohälsa samt familjens upplevelser kring ett insjuknande. Det finns idag forskning som visar på att det är viktigt att ta in familjen i vården för att förhindra att även de anhöriga insjuknar i psykisk ohälsa samt att det är viktigt för den insjuknades hälsa.

## 4.1 Psykisk hälsa

Psykisk hälsa är inte bara frånvaro av psykisk ohälsa, utan den utgör även en individuell resurs. Det är viktigt att tänka på att psykisk hälsa och psykisk ohälsa är olika begrepp. Begreppet psykisk hälsa innefattar individens förmåga att använda sina resurser och förverkliga sig själv, vara delaktig, bidra till samhället och hantera livets normala motgångar. Upplevelsen av delaktighet och möjlighet att påverka sitt eget liv är grundläggande för människans upplevelse av hälsa (Jormfeldt & Svedberg 2010, 69). Andra tecken är en god funktionsförmåga och förmåga till mänskliga relationer. För att understryka skillnaden mellan begreppen har man introducerat begreppet ”positiv psykisk hälsa”. Det ger en grundsten i livet och möjliggör livsglädje, ger hopp och ork i vardagen samt gör det lättare att klara av med och motgångar. Psykisk hälsa på det känslomässiga planet tar sig i uttryck som en upplevelse av välbefinnande. Skillnaden mellan psykisk hälsa och psykisk ohälsa gör att främjandet av den psykiska hälsan kan särskiljas från förebyggandet av psykisk ohälsa. Den snäva synen på hälsa beror till en stor del på det allmänna hälsofrämjandet och folkhälsoarbetet. Det tenderar ofta till att inrikta sig enbart på kroppslig hälsa där man strävar efter mer motion, bättre kostvanor, mindre rökning och alkoholbruk. Vilket gör att den psykiska ohälsan lätt ignoreras (Institutet för hälsa och välfärd, 2007).

## 4.1 Psykisk ohälsa

En psykisk sjukdom har både biologisk och psykosocial etiologi. Faktorer som ökar risken för att insjukna i psykisk ohälsa är en stressande vardag, ekonomiska svårigheter, små möjligheter till avkoppling och självbestämmande samt brist på socialt stöd. Valmöjligheterna vad gäller bostadsort, arbete och självförverkligande är idag stort genom globaliseringens lättillgänglighet av information. Trots detta kan det vara svårt att hitta arbete, få en bostad eller få ekonomin att gå ihop. Detta kan leda till en inre stress och en känsla av personligt misslyckande med en känsla av orkeslöshet. För den som insjuknar i psykisk ohälsa är symptombilden och upplevelsen olika beroende på om det är ett barn, en vuxen eller en äldre som insjuknar eller från vilken kultur en människa kommer (Arvidsson & Skärsäter, 2010, 18).



Det finns många olika slags former av psykisk ohälsa. Någon kan plågas av röster och vanföreställningar medan en annan förlorar kontrollen över vikt och mat, alkohol, droger eller blir våldsam när han/hon känner sig kaotisk inombords. Fysiska sjukdomar kan ge upphov till psykiska reaktioner men även tvärtom. Trots de uppenbara skillnaderna som skiljer dem åt har ohälsotillstånden i allmänhet gemensamt att en dysfunktionell känslomässighet och otillräcklig tankeverksamhet dominerar. Vilket med tiden gör att förmågan att fungera skadas. Oberoende vad man tycker och tänker kan man ofta enas om att psykisk ohälsa beror på svårigheter och lidande som gör att relationsförmågan skadas och gör att man hamnar utanför livet. En människa som är fylld av skam eller är socialt ängslig går inte ut. Den deprimerade kan känna sig frikopplad från andra. En person med en personlighetsstörning misstolkar och missförstår andras beteende i en negativ riktning, medan den psykotiske lever i en egen värld vid sidan om den andres verklighet (Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke, 2010, 25).

#### **4.1.1 Psykotiska tillstånd**

Att insjukna i ett psykotiskt tillstånd innebär att människan får en förändrad verklighetsuppfattning som ingen annan kan förstå eller bekräfta. Tillståndet är ofta förenat med ensamhet och om personen hallucinerar eller har vanföreställningar kan hon vara livrädd för saker som alla andra betraktar som fantasier. Den insjuknade kan ha tankestörningar som påverkar samtal med andra. Samtalen hakar upp sig och en störd jaguppfattning kan göra att folk drar sig undan. Ett psykotillstånd kan utvecklas på olika sätt. Det kan komma gradvis eller plötsligt, vara övergående eller långvarigt. Insjuknandet kan ske i alla åldrar men relativt sett debuterar den vid unga år, 15-30 års ålder (Ottosson, Ottosson, Åsgård, 2010, 88; Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke, 2010 285). Det finns personer som efter en psykos blir helt och hållet sig själva efteråt, medan andra kan få ett eller flera återfall. Det finns även de som aldrig återhämtar sig helt, utan blir mer eller mindre starkt hämmade efter insjuknandet. Prognosen att klara sig är idag bättre än tidigare och förklaringen är förmodligen en bättre behandling men även de förväntningar som patienten och de anhöriga har på tillfrisknandet spelar idag en stor roll. (Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke, 2010, 284-290).

**Schizofreni och vanföreställningar** är undergrupper till psykotiska tillstånd. Typiskt för en person med schizofreni är hallucinationer som ofta är hörbara tankar. Taktila hallucinationer kan förekomma som kan tolkas som t.ex. strålar. Synhallucinationer är dock mindre vanliga. Primära vanföreställningar, som ofta är oförståeliga eller bisarra är vanliga hos den som har schizofreni. Jagstörningen kan påverkas och kan göra att personen får sofistikerade tolkningar som t.ex. religiösa eller kosmiska påverkningar. Sekundära vanföreställningar är inte så vanliga men innebär att den insjuknade har paranoida symptom. En viktig differentialdiagnos är de tvångstankar som kännetecknas av distans och sjukdomsinsikt. Affektiv psykos är en undergrupp till vanföreställningssyndromet och innebär att måendet överensstämmer med sinnesstämningen. Om den insjuknade har en depressiv grundstämning förekommer det försyndelse- och ringhetsidéer eller ekonomiska och hypokondriska vanföreställningar. Vid manisk grundstämning har personen storhetsidéer inom samma områden (Ottosson, Ottosson, Ottosson, Åsgård, 2010, 90).

#### **4.1.2 Personlighetsstörning**

För personer med personlighetsstörning innebär det i regel ett stort lidande. Dessa personer är också storkonsumenter av social- och hälsovårdens tjänster. Att ha en personlighetsstörning innebär att ha ett problematiskt beteende som t.ex. ätstörningar, självskadebeteende, uppmärksamhetsbehov, raseriutbrott, kverulans, underkastelse, våld, ansvarsflykt eller missbruk. Vanligt för dessa personer är regleringen av närhet, avstånd och beroende av den andra. Vid vissa former av personlighetsstörning är personen själv inte medveten om sin avvikande stil och i stället är det omgivningen som blir drabbade. Partnern och barnen är ofta de som drabbas svårast, vilket gör att det kan uppstå ett moraliskt problem i form av hur mycket man ska tolerera. Förutom de tidigare nämnda beteendena kan lidandet även ta sig uttryck i depression och ångest eller att man har fastnat i ett psykologiskt eller beteendemässiga mönster (Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke, 2010, 251).

#### **4.1.3 Förstämmningssyndrom**

Alla har någon gång känt sig nedstämda på grund av motgångar i livet. Det som hör livet till både under barndomen och i vuxenlivet är besvikelser, motgångar och avvisanden. En vanlig reaktion på motgångar är att människan reagerar med känslor av besvikelse, ilska, dysterhet och sorg, men hur människan påverkas beror på hur psykologiskt och socialt rustad hon är för det som hänt och hur hon hanterar motgångarna. Svåra händelser som

t.ex. allvarlig sjukdom, barns förluster av föräldrar, vuxnas förlust av partner eller barn, bostad, arbete osv. kan leda till en djup och långvariga sorgereaktion. Livet kan då upplevas tomt, men även en djup, långvarig sorg går över med tiden om det finns en förutsättning av egna resurser, som hjälper till att hitta våra källor och mening med livet. Sorgeprocessen kan ibland bli långvarig och kan göra att den som sörjer fastnar i en genomgripande nedstämdhet som inte släpper taget. Hon har då sjunkit ner i en så djup depression att hon mist förmågan att tänka realistiskt om sig själv och framtiden. Tankar på självmord kan uppkomma och kan kännas som en enda utväg. Kroppsfunktionerna kan också påverkas vilket kan göra att man kan få psykotiska symptom. Nedstämdheten har då gått över till ett ohälsotillstånd som kallas för förstämningssyndrom (Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke, 2010, 316).

Typiska symptom för depression är sänkt grundstämning där hopplöshet, skuldkänslor, reducerad självkänsla och brist på självaktning dominerar. Tankar på självskadebeteende eller suicid kan öka i takt med att sinnesstämningen går ner och hämningar som kan yttra sig är brist på nyfikenhet, glädje och energi, försämrad koncentrationsförmåga, nedstämdhet, värdelöshetskänslor. Den deprimerade känner också av initiativlöshet, tafatthet eller fåordighet. Personen kan bli långsam i sitt rörelsemönster och känna av en kraftlöshet. Avsaknad av mimik, aptitlöshet, förstoppning, sömnstörningar och kroppsliga smärtor utan påtaglig orsak är också andra depressiva tecken som lätt kan förbises (Ottosson, Ottosson, Ottosson, Åsgård, 2010, 95; Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke, 2010, 320).

Man skiljer ofta på lindrig, medelsvår och svår depression beroende på symptomens allvarlighetsgrad. Irritabilitet kan vara ett tecken på en lindrig eller medelsvår depression som lätt kan missförstås av omgivningen. För djupa, depressiva episoder och recidiverande episoder finns en samlingsbeteckningen som kallas allvarlig depression eller major depression. Recidiverande depression innebär att människan drabbas av flera depressiva episoder efter varandra. Episoderna kan komma med ett eller flera års mellanrum och tenderar ofta att infalla vid samma årstid. Om detta beror på en biologisk rytm eller om det är en stämningssmässig association vet man inte. Med de återkommande episoderna vet man med säkerhet att de genererar en betydande förväntningsångest som kan bidra till att utlösa nästa depression (Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke, 2010, 320, 321).

Bipolär sjukdom innebär att personen har en tid sänkt stämningsläge för att därefter ha ett förhöjt stämningsläge som ofta kallas för mani eller hypomani. Mellan dessa perioder kan det finnas kortare eller längre perioder där stämningsläget är normalt. En bipolär sjukdom ger sig ofta till känna i form av en manisk episod som kräver behandling, ofta i slutet av våren. I regel följs den maniska episoden av en depressiv episod, och upprepning av förloppet kan eventuellt ske. Enstaka maniska episoder som behandlas, men som inte följs av flera episoder förekommer, men är mycket sällsynta. Det kallas då för bipolär störning. Mani ger sig till känna som snabbt stegrad, förhöjd sinnesstämning. Personen får plötsligt en massa energi och en ström av idéer som syns i handlingar och ord. Självkritiken förloras och personen lyssnar inte längre på andra. Tillståndet kan få destruktiva konsekvenser för personens anseende och ekonomi om det får fortsätta obehandlat. Personen kan bli aggressiv, misstänksam och osammanhängande i sitt tal eller utveckla vanföreställningar. För att få diagnosen bipolär sjukdom krävs det minst en manisk och en depressiv episod. Episoderna varierar i längd men den depressiva episoden kan vara längre eftersom den tar längre tid att behandla. Det finns personer med bipolär sjukdom som aldrig uppnår ett fullt utvecklat maniskt tillstånd. Stämningsläget växlar istället mellan depressiva och hypomaniska perioder. Hypomani är en lättare form av förhöjd grundstämning med ökad energi och arbetslust, nedsatt sömnbehov eller irritabilitet. Under perioden kan personen också ha en större initiativrikedom och eventuellt ökad sexlust (Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke, 2010, 323).

#### **4.1.3 Ångestsyndrom**

Gränsen mellan ångest och depression är ganska diffus, men är en basvaluta i människans känsloliv. Ångesten har en central roll i många avseenden när det gäller känslor och regleringen av kontakt till andra människor. Ångesten gör att kroppen reagerar känslomässigt och kan upplevas i likhet med rädsla eller kroppsligt lidande. Kroppen reagerar med att höja temperaturen, öka adrenalinutsöndringen, puls- och blodtrycksförändringar och snabbare andetag. Ångesten påverkar tankeverksamheten, vilket gör att uppmärksamheten fokuseras på den egna personen och gör det svårt att ta in nya nyanser. Detta kan leda till ett katastroftänkande och när man blir ångestfylld präglas ens handlingar av oro och undvikande. Olika ångestsyndrom består av fobiska syndrom som social fobi eller agorafobi, paniksyndrom, trauma som t.ex. akut stressreaktion, tvångssyndrom, och generaliserat ångestsyndrom. I teorin pratar man om olika former av

ångestsyndrom och diagnoserna kategoriseras inte enbart av intensitet, utan även av vilken grad av funktionsnedsättning den ger (Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke, 2010, 273).

Specifik fobi är knuten till specifika objekt eller situation och är mycket påtaglig vid en enkel fobi. Social fobi kännetecknas av stark ångest i sociala situationer där ångesten är förbunden med tanken på att man kan göra bort sig eller röja sin oro. Den sociala ångestens intensitet kan variera och ge upphov till problem med arbete eller att personen blir beroende av andra. Agorafobi (torgskräck) är besläktad med panikångest och innebär att personen är rädd för att gripas av panik på offentliga platser, där det kan vara svårt att dra sig undan (Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke, 2010, 275).

Paniksyndrom innebär att personen kan få en panikattack och kan ingå i flera psykiska ohälsotillstånd, både inom andra ångestsyndrom som vid depression. Paniksyndromet debuterar ofta i unga år med en panikattack och det centrala kännetecknet är ett anfall av akut, svår ångest som inte är begränsad till någon specifik situation. Symtomen är de samma som vid andra ångestsyndrom och består av hjärtklappning, illamående, bröstsmärtor, svimningskänsla samt överkligliga upplevelser. Den drabbade kan också uppleva skräck för att förlora kontrollen, dö eller bli galen. Panikångesten kan vara sekundär om personen vid tidpunkten har en depression. Därför bör ångesten inte vara en huvuddiagnos (Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke, 2010, 276; Ottosson, Ottosson, Ottosson, Åsgård, 2010,130).

Traumatillstånd är speciella därför att de är de enda ångestsyndromen som har en klar orsak. Enligt diagnosticeringskriterier beror traumatillstånden på både akut stressreaktion och posttraumatiskt stressyndrom. Ett posttraumatiskt stressyndrom definieras med en långvarig och förhöjd reaktion på en traumatisk händelse eller situation. Dessutom ingår även fenomen som återupplevande av traumat som påträngande minnen, mardrömmar, tillbakadragenhet samt inskränkning av uppmärksamhetsfältet till kriterierna. Symptom på posttraumatiskt stressyndrom kan vara så dramatiskt som självskadebeteende, vilket gör att det kan bli svårt att diagnosticera (Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke, 2010,276).

Tvångstankar och tvångshandlingar är mycket plågsamt och oroande för den som har dem. Ångesten är inte det första observerbara symptomet, utan mera vissa bestämda tankemönster eller rituella handlingar. De syns mer genom att människan riktar in sig på att göra eller tänka på ett visst sätt, för att hålla ångesten under kontroll (Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke, 2010, 278).

## **4.2 Förebyggande verksamhet med den psykisk ohälsa**

Inom den psykiatriska vården inkluderar hälsofrämjande insatser också att stöda individens processer mot positiva aspekter av hälsa, inte endast reduktion av psykiska sjukdomssymptom. Då vården utgår från ett hälsofrämjande perspektiv, där människans egen upplevelse beaktas, innebär det stora vinster för hela samhället både ur socialt och ekonomiskt men även ur ett humanistiskt perspektiv. Att arbeta hälsofrämjande omfattar en medvetenhet om att psykisk hälsa aldrig kan vara ett resultat enbart av psykisk ohälsa hanteras eller elimineras (Jormfeldt & Svedberg (2010, 65-66)

Det finns forskningar som har påvisat att evidensbaserade åtgärder för att främja den psykiska hälsan är effektiva. Åtgärder kan, förutom inom hälsovården, vidtas även inom dagvården, skolektorn, ungdomsarbetet, stadsplaneringen samt fastighetssektorn. Trots detta saknar de flesta kommuner planer såsom personalresurser, för arbetet att främja den psykiska hälsan. Viktigt för den psykiska hälsan hos individen är att hon får sina grundläggande rättigheter uppfyllda (Institutet för hälsa och välfärd, 2007).

Den förebyggande verksamheten strävar till att förebygga psykisk ohälsa, medan främjandet av psykisk hälsa strävar till att stärka positiv, psykisk hälsa. Inom främjandet av den psykiska hälsan bygger man upp ett salutogent perspektiv i stället för det traditionella sjukdomscentrerade perspektivet. I stället för att man pekar ut personer som är i riskzonen strävar man i stället till att öka friskfaktorerna hos dem. För arbetstagare idag är informationssamhället för en god psykisk hälsa en allt viktigare faktor. Därför borde man i kommuner och organisationers hälsofrämjande arbete sträva till att utöka arbetet med att främja mental hälsa. Arbetet för att främja den psykiska hälsan påverkar inte enbart individens psykiska hälsa, utan den ger en återverkan av minskat alkohol- och drogbruk, ökad arbetsförmåga och produktivitet samt förbättrad kroppshälsa (Institutet för hälsa och välfärd, 2007).

Den psykiska hälsan kan individen själv påverka genom egna val. Det finns även bestämningsfaktorer som endast kan påverkas genom gemensamma åtgärder på en samhälls nivå. I det befolkningsinriktade arbetet för att främja god psykisk hälsa försöker man tillföra friskhetsfaktorer genom att skapa stödjande miljöer. Människan ges möjlighet att påverka sin egen livssituation och närmiljö. På så vis stimuleras hon till en social förankring och ett aktivt socialt deltagande som underlättar för henne att hantera kraven i vardagslivet och göra hälsosamma val (Institutet för hälsa och välfärd, 2007).

Enligt Institutet för hälsa och välfärd har flera olika interventionsprogram varit väldigt framgångsrika. Genom ett utvecklat hembesöksprogram hos ensamstående gravida kvinnor och småbarnsmödrar, har man sett gynnsamma effekter på den psykiska hälsan hos både mor och barn. Barnmisshandel, och behovet av social hjälp, har minskat i och med programmet och en långtidsuppföljning av barnen har visat på minskad brottslighet, minskat drogmissbruk och minskad promiskuitet i tonåren. Ett annat program är att främja den psykiska hälsan i skolan, där antimobbningsplaner, säg nej till droger och alkohol samt program som stärker självkänslan och ökar den emotionella kompetensen ingår. Interventioner som stärker närsamhället genom att öka delaktighet och socialt ansvarstagande och ”empowerment” har även haft goda effekter på den psykiska hälsan (Institutet för hälsa och välfärd, 2007).

### **Att bli sedd som människa**

Psykisk ohälsa förknippas ofta med psykisk sjukdom, men den kan också uppstå i samband med andra livsavgörande händelser i människans liv. Det kan göra att hon börjar ifrågasätta meningen med livet eller att hon känner sig vilse i tillvaron. Oavsett vad som är orsaken till sammanhanget så behöver livsförståelsen beaktas i vårdandet. Människor som vårdats i psykiatrisk vård kan beskriva upplevelser av att ha blivit diskriminerade och avvisade, men även en upplevelse av att det kan uppstå ett ljus i mörkret där de möts som normala medmänniskor. Att bli sedd som människa, beskrivs ofta som något viktigt för att få upplevelsen av hälsa. Oberoende vad människan insjuknar i, om det är en psykisk eller fysisk sjukdom är upplevelsen ganska lika. Livet i nuvarande form upplevs förödmjukande där en förlust av värdighet finns med. För vårdare innebär det en stor utmaning att inom vården stöda patienten till att livsförståelsen utvecklas, även om detta något är döden. Inom den psykiatriska vården innebär det också för vårdaren en stor utmaning att stöda patienten till att utveckla livsförståelsen i relation till det liv de lever. Genom samtal och

gemensamma aktiviteter söks en förståelse för livet som det blivit, men innebär inte att man bara "finner" denna mening som ett svar, den skapas också genom gemenskapen. Mötet skapar förutsättningar för att människan ska uppleva sig sedd som människa. (Rhensfeldt, 2010, 95-96)

### **4.3 Familjens betydelse för hälsa och ohälsa**

Hälsa ser olika ut för olika familjer. Det handlar ofta om att skapa en balans i vardagen både hos familjemedlemmarna och inom familjen. I grunden är deras individuella hälsa en nödvändig förutsättning för familjens välbefinnande. En komponent för ett gott välbefinnande är att man känner sig trygg inom familjen och att man kan vara sig själv samt tillbringar tid tillsammans. Det förstärker vi-känslan som bygger på delade uppfattningar och ömsesidig respekt. Faktorer som bevarar och stöder hälsan inom familjen är familjens kapacitet att bemästra de händelser som sker i livet. Viktigt är att kunna bemästra problemsituationer som uppkommer och att kunna prata om både negativa och positiva känslor med varandra. Grundregler underlättar, samt att de vuxna inom familjen är ekonomiskt och mentalt oberoende av varandra. Humorn kan användas för att sänka ångestnivån inom familjen Något som kan vara ångestladdat är arbetslöshet och rökning inom familjen. Stöd utifrån kan vara till stor hjälp, men om det sociala nätverket samtidigt utövar kontroll över familjen kan det ta mycket krafter. Det finns många sätt att upprätthålla hälsa inom familjen men det förutsätter att familjen hittar sina egna strategier för att upprätthålla välbefinnandet. När dessa strategier inte fungerar eller om kapaciteten i familjen av någon anledning inte räcker till kan familjen hamna i en nedåtgående spiral (Arvidsson & Skärsäter, 2010, 75,86-89).

Att vara närstående till en person som är svårt psykisk sjuk, kan vara krävande och svårt och kan orsaka stora påfrestningar för familjen. Men hur det är att vara närstående till en person med lättare psykisk ohälsa vet man mindre om. Att en familjemedlem insjuknar i depression kan höra ihop med ogynnsamma händelser inom arbetet, hem, äktenskap, födsel eller död. Riskfaktorer för återkommande depressioner är dåligt stöd från utomstående, dålig ekonomi samt dålig parrelation samt hur familjen fungerar på lång sikt. Hur könsskillnaden i uttryck av depression påverkar familjen, beror på i vilket skede den befinner sig, t.ex. om det finns barn och i vilken ålder de är. Samtidigt påverkar det också hur familjen har valt att dela uppgifter för att vardagen ska fungera. Förväntningar på och ansvarstagande för varandra kan vara en viktig fråga för att eventuella krav eller



skuldkänslor ska få en realistisk belysning. Något annat relevant kan vara familjens sociala nätverk. Om nätverket är stort eller litet spelar ingen roll, men det är dock viktigt att ta reda på hur det kan tänkas stöda familjen. I familjer där den ena föräldern har psykisk ohälsa är det vanligt att den andra föräldern försöker täcka upp för den andra. Vilket kan göra att det snabbt uppstår fler problem. Forskning har visat att barn i familjer där det finns någon form av psykisk ohälsa, har en större risk för att själva utveckla någon form av psykisk sjukdom (Arvidsson & Skärsäter, 2010, 75,86-89).

## **5. Undersökningens genomförande**

Litteraturstudien är en kvalitativ, teoretisk studie. Dokumentstudien är en datainsamlingsmetod som respondenten har använt sig av. Artiklarna har sammanfattats med Kirkevolds resuméartikel. Dataanalys av forskningsresultatet gjordes med innehållsanalys.

Syftet med kvalitativ forskning är att kartlägga individers upplevelser och uppfattningar, att få en djupare förståelse för meningsupplevelser samt upptäcka nya mönster och kännetecken. Genom kvalitativ undersökning skaffar sig forskaren en djupare kunskap om ett visst ämne, analyserar helheter och tolkar fenomen så noggrant som möjligt. Gemensamt för de kvalitativa metoderna är att forskningen är holistisk, vilket innebär att det är helheter som studeras och inte variabler. Litteratursökning kan ske manuellt eller genom datasökning men vanligt är att båda används gemensamt. (Willman & Stoltz, 2002, 45; Patel & Davidson, 1991, 99; Forsberg & Wengström, 2008, 63,129).

### **5.1 Val av material**

Material till studien har sökts i olika databaser och tidskrifter. Databaser som använts är Ebsco, Clinical, PubMed, Psycinfo och Swe Med. Vidare har information också hämtats från Lääkärintelehti, läkartidningen, Vård i Norden, Google Scholar och Den norske legeforeningen.

## 5.2 Dokumentstudie

Dokument används för att ge information om fenomen som inte kan undersökas genom direkt observation eller intervju. Allt som räknats som dokument är sådan information som nedtecknats eller tryckts, men idag räknas även filmer, bandupptagningar, fotografier, dagböcker som dokument. För att få en välgjord undersökning bör valet av dokument göras så att man som forskare får en fullständig bild som är sedd ur flera synvinklar. För att kunna bedöma kvaliteten i ett skrivet dokument bör forskaren ta ställning till fyra kriterier: äkthet, trovärdighet, representativitet och meningsfullhet. Det är viktigt att fastställa om ett dokument är förfalskat eller äkta och forskaren bör hålla sig kritisk till dokumenten för att kunna bedöma om upplevelser och fakta är sannolika. För att få en trovärdig studie som närmar sig det verkliga förhållandet bör forskaren inte bara välja ut material som stöder de egna idéerna utan även presentera fakta som motsäger resultatet. Om forskaren bara använder sig av material som gagnar de egna idéerna, skapas en falsk bild av det undersökta. (Forsberg & Wengström, 2008, 138-139; Patel & Davidson, 1991, 54-56). När forskaren studerar människors upplevelser, uppfattningar och erfarenheter är det mest lämpligt att välja dialog, intervju, dokument, brev eller dagböcker som datainsamlingsmetod därför att ord är det bästa sättet att beskriva fenomenen på (Willman & Stoltz, 2002, 45).

Oavsett hur omfattande undersökningen är, bör forskaren ha läst igenom tidigare material som skrivits om ämnet, för att stödja eller förkasta olika argument eller ståndpunkter, för att till slut skriva ner sina egna slutsatser. Av forskaren förväntas det inte någon heltäckande redogörelse, men han/hon bör dock kunna visa att en viss mängd relevant litteratur har lästs igenom. Det visar att han/hon har en insikt i nuläget och kunskap om det område som det forskas i. Genom att forskaren läser så mycket som möjligt kan han/hon få idéer och tips om hur man klassificerar och presenterar data (Bell, 1993, 75).

Formen av dokumentation av vetenskapliga dokument skiljer sig åt beroende på hur forskningen ska publiceras. I vetenskapliga sammanhang sker rapporteringen som en vetenskaplig tidskrift, i form av en forskningsrapport eller som en konferensrapport. Rapporter i form av en monografi eller antologi kan också användas. Vid sidan av dessa finns det en form av rapportering som kallas "papers" och innebär att det är högskolestuderanden som i undervisningssyfte producerat en rapport. Med en vetenskaplig tidskriftsartikel menas att man vänder sig främst till experter och forskare inom det

aktuella området. Artiklarna skall granskas och accepteras innan de publiceras (Patel & Tebelius, 1987, 136). Den tid man har till sitt förfogande som forskare kan styra omfattningen av det källmaterial man klarar av att analysera. Detta gör att forskaren måste göra ett urval. Därför är det viktigt att forskaren från början är på det klara med vad han/hon har för frågeställningar och vilka kategorier man söker efter i materialet. Därför behövs ett kontrollerat urval för att ingen viktig kategori utelämnas. Forskaren får inte enbart använda de källor som stöder egna åsikter och hypoteser eller använda för många avsiktliga källor (Bell, 1993, 96).

### **5.3 Resuméartikel**

Resumé eller översiktsartikel har beskrivits utgående från Willman & Stoltz (2002), Kirkewold (1996, 1997) och Ejvegård, (2003) Som dataanalysmetod har innehållsanalys beskrivits.

Abstract eller resumé är en kortfattad beskrivning av vad forskningen behandlar. Den kan dock inte ersätta sammanfattningen och i likhet med den får det inte heller i resumén stå något som inte kan återfinnas i arbetet (Ejvegård, 2003, 84). Willman & Stoltz (2002) menar att man först och främst borde söka efter översikter i sökandet efter bästa tillgängliga vetenskapliga bevis. De menar att om man hittar en välgjord kunskapsöversikt sparar man mycket tid. Översikterna kan vara av olika slag och litteraturoversikterna delas in i två grupper, vetenskapliga och populärvetenskapliga. Med populärvetenskapliga översikter menas att ickespecialister får en snabb enkel översikt över ett område medan de vetenskapliga översikterna syftar till att ge en fullständig översikt över litteraturen (Willman & Stoltz, 2002, 83).

Om man använder sig av resumé kan all forskning ses som likvärdig. Man bearbetar forskningarna med samma stil och man ger dem en likvärdig uppmärksamhet. Genom att man använder sig av resumé kategoriserar man forskningarna och sammanfattar dem. Genom detta tillvägagångssätt får man en bra översikt över de forskningarna man använt sig av. Det finns både för- och nackdelar med att använda sig av metoden. Läsaren får en snabb inblick i innehållet av artikeln och kan på så vis snabbt samla på sig artiklar om det ämne man vill forska i. En nackdel med en resuméartikel är att det lämnar mycket analys och utvärderingsarbete åt forskaren, vilket gör att det kan bli svårt att hålla sig kritisk och

kunna utvärdera materialet, eftersom man endast har ett sammandrag att utgå ifrån (Kirkevold 1996, 107-109; 1997, 981-982).

## **5.4 Innehållsanalys**

Innehållsanalys som metod har använts länge inom vårdforskningen och kan användas när man analyserar dokument systematiskt eller objektivt. I innehållsanalysen kännetecknas det grundläggande arbetssättet av att forskaren på systematiskt och stegvist klassificerar data för att lättare kunna identifiera teman och mönster och målet är att beskriva och kvantifiera specifika fenomen. Innehållsanalys används när man samlar in data från dagböcker, brev, dialoger, rapporter, artiklar samt annat skrivet material. Att använda innehållsanalys innebär att man vanligtvis räknar det antal gånger som vissa faktorer eller termer förekommer i ett urval källor. Efter att man slagit fast hur ofta faktorerna eller termerna förekommer måste man sätta dem i ett sammanhang förrän man tolkar och förklarar dem. Innan man som forskare börjar analysera bör man bestämma sig för om man analyserar endast det som står skrivet i texten eller om man även analyserar latent information (Bell, 1993, 97; Forsberg & Wengström, 2008,150; Kyngäs & Vanhanen, 98, 3-5).

Om man som forskare använder sig av en manifest innehållsanalys, analyserar man direkt synliga mönster eller teman i texten genom kvantitativa beräkningar. Det andra alternativet är latent innehållsanalys som innebär att forskaren använder sig av identifiering av centrala teman och utveckling av teorier och modeller (Forsberg & Wengström, 2008,150). Om man använder sig av induktiv analys finns det inga enskilda regler, endast bestämda anvisningar om hur analysen går till. Processen återger ämnets skildringar, grupperingar och abstraktion (Kyngäs & Vanhanen, 1998, 5).

## 5.5 Undersökningens praktiska genomförande

Denna teoretiska studie är ett beställningsarbete. Studien baserar sig på 18 vetenskapliga rapporter och artiklar. Databaserna Ebsco, PubMed, Cinal, psych info, har använts i sökningen av artiklarna. Tidskrifter som Vård i Norden årgång 2002-2011, Lääkäri-lehti 2005-2011, Läkartidningen 2000-2012, Norska läkartidningen 2002-2011 har också använts.

Sökord som har använts är psykiatri, psykisk sjukdom, depression, psykos, närstående, patienters upplevelser av psykisk ohälsa, skam, primärvård, mental illness, Mental health, Depression, Masennus, Itsemurha, Ennaltaehäisevä Mielenterveystyö, Prodromal fase, Caregivers experiences of menal illness, First episode psychosis, Intervention, Help-seeking pathways, Early psychosis och Raimo Salokangas.

I sökandet av artiklar har respondenten hittat 56 artiklar som behandlar den psykiska ohälsan. Men att hitta artiklar som berör det ämne som respondenten har valt att studera har varit svårt. Respondenten hade som mål att använda sig av undersökningar som gjorts under åren 2007- 2012 för att få så nya forskningsresultat med som möjligt. Men på grund av att det varit svårt att hitta artiklar som tar upp forskningsämnet inom den tidsperioden blev respondenten tvungen att ändra tiden till att söka information från år 2000 och framåt. Det har gjorts få forskningar om personers upplevelser av att insjukna i psykisk ohälsa. En stor del av artiklarna tar upp upplevelser kring att insjukna i psykos vilket har gjort att studien tar upp mycket om deras erfarenheter och upplevelser. Respondenten har läst igenom 38 artiklar i sin helhet så objektivt som möjligt, varav 18 artiklar sammanfattats och tagits med i studien. Resumén har gjorts genom att lista alla artiklar i alfabetisk ordning enligt första bokstaven i huvudförfattarens efternamn. För att få en överskådlig helhet har forskningsförfattarna, årtal, syfte, metod samt resultat listats i tabeller under varandra i resumén. Forskningsartiklarna har analyserats med innehållsanalys genom att ställa frågor till forskningsresultaten. Likartade svar som utvinns ur forskningarna bildar kategorier som är skrivna med fet stil. Till forskningsrapporterna har respondenten valt att ställa följande frågor.

6.1 Hur påverkas människan av ett insjuknande i psykisk ohälsa?

6.1.1 Hur upplevs ett insjuknade i psykos?

6.1.2. Hur upplevs ett insjuknande i psykisk ohälsa?

6.1.3 Vad är orsaken till att människan inte söker vård för sina symptom?

6.2 Hur kan man förebygga psykisk ohälsa?

6.2.1 Hur kan man förebygga ett insjuknade?

6.2.2 Vart söker sig den insjuknade för att få hjälp?

6.3 Vad är den anhöriges upplevelser av att en familjemedlem insjuknat i psykisk ohälsa?

6.3.1 Hurudant lidande upplever de anhöriga till relation till den insjuknade?

## 6 Resultatredovisning

I detta kapitel beskriver respondenterna de resultat för de 18 forskningsartiklar som har samlats in. Forskningsartiklarna presenteras kort i resumén i bilaga 1.

### 6.1 Människans upplevelse av insjuknande i psykisk sjukdom

Utgående från forskningsfrågorna, hur påverkas en människa av ett insjuknande i psykisk ohälsa? Hur kan man förebygga psykisk ohälsa? Vad är den anhöriges upplevelser av att en familjemedlem insjuknat i psykisk ohälsa. Utifrån innehållsanalysen har kategorier bildats och för att göra det mera lättläst har respondenten valt att skriva kategorierna med svärtad stil.

#### 6.1.1 Insjuknande i psykos

Människor som upplever psykos för första gången lider ofta många månader eller år förrän deras tillstånd blivit så allvarligt att symptomen börjar synas och att en behandling påbörjas. Det är vanligt att man i början söker sig till en släkting eller annan anhörig för att få stöd och hjälp, sedan till en allmänläkare, psykiater, lärare, sjukhus eller någon annan instans för att få hjälp med sitt illabefinnande. Det är också vanligt att personer med en utvecklad psykos flera gånger sökt hjälp vid primärvården för sina symptom förrän psykosen utvecklats till den grad att effektiv vård och stöd behövs. I de olika studierna har tiderna mellan att individen insjuknat i psykos och att han/hon fått hjälp från vårdpersonal varierat mellan några månader och över tre år. (Lamph (2010, 35-3; Etheridge, Yarrow, Peet 2004, 125) Men internationella studier har visat att tiden mellan första symptomen på psykos och att personen fått rätt vård är i genomsnitt 2 år. (Boydell, Gladstone och Volpe, 2006, 57)

Processen att bli psykotisk grundar sig på psykologiska förändringar som är skrämmande och svåra att förstå och gör att individen isolerar sig. Många söker sig inte till vård för att få hjälp trots att de upplever förändringar i sitt tillstånd, samtidigt som även deras familj och vänner misslyckats med att förstå de förändringar som skett (Boydell, Gladstone och Volpe, 2006, 57). Den insjuknade upplever ofta att det smygande förloppet ger en känsla av förlust av greppet om livet samt en minskad arbetsförmåga (Kalla, Aaltonen, Wahlström, Lehtinen, Cabeza, González de Chávez, 2002, 268-272).

I Judge, Perkins, Nieri och Penns (2005, 467-468) studie där de intervjuat 20 personer som insjuknat i psykos för första gången kom det fram att mindre än 50 procent av de intervjuade var de första som noterat förändringen i sitt tänkande och beteende. Mer sannolikt var att de anhöriga först hade observerat förändringen. Majoriteten av de framgångsrika försöken till att söka hjälp hade direkt underlättats av den akuta servicen. Tiden mellan att de första prodromala symptomen uppkommit till att de insjuknade fått hjälp var i genomsnitt 7.8 månader. Den mest vanliga orsaken var närvaron eller försämringen av de psykotiska symptomen och aggressivt beteende, följt av suicidalt beteende. Ingetdera av de prodromala symptomen eller de negativa symptomen resulterade i påbörjande av behandling. Det som mest rapporterats som en barriär till att söka hjälp var misslyckandet bland patienterna, familjer, brottsbekämpande myndigheter samt de som erbjuder mental sjukvård att upptäcka allvarliga, aktiva symptom.

I Kalla, Aaltonen, Wahlström, Lehtinen, Cabeza, González de Chávez, (2002, 265-272) jämförelsestudie mellan finska och spanska patienter som insjuknat i psykos kommer det fram att i förhållandet till primärfamiljen bodde de finska patienterna mera åtskilt från den än de spanska patienterna. Det som påverkar den långa utvecklingen av obehandlad psykos hos den finländska patientgruppen är att de insjuknade har mindre sociala relationer under ungdomstiden, svagare socialt nätverk, mindre sociala kontakter, brist på rekreations aktiviteter samt instabilitet i parrelationen under det senaste året innan insjuknandet. Det som också kunde påverka situationen var instabil yrkeskompetens vid tidpunkten för insjuknandet, psykologiskt beroende av primärfamiljen, kritik från föräldrar eller tvärtom samt den långa utvecklingen av de prodromala symptomen. Hos båda patientgrupperna var utvecklingen av obehandlad psykos associerad med lägre global funktion under den senaste veckan eller under det senaste året innan patienterna blivit inskrivna på en psykiatriavdelning. I studien kommer det inte fram något samband mellan den ålder patienterna hade vid tiden för utvecklingen av psykos eller i den ålder de hade när vården inleddes. Det fanns inte heller något samband mellan arbetslöshet inom året före insjuknandet eller om för mycket engagemang av föräldrar skulle vara en orsak till en utveckling av psykos. Känslomässig avtrubbning och tillbakadragande var inte heller något som påverkade utgången av utvecklingen, sjukdomsförståelsen, frekvensen av osocialt beteende eller nivån av sexuell reglering under ungdomstiden (Kalla, Aaltonen, Wahlström, Lehtinen, Cabeza, González de Chávez, 2002, 265-272).



Ett erkännande att man har en psykisk sjukdom är det första steget i att söka hjälp. Den här fasen verkar speciellt komplex för individer som upplever tidig psykos. Trots att familjemedlemmarna känner igen förändringar i humöret, tankeverksamhet och beteende, tenderar de inte att identifiera symptomen som psykisk ohälsa. Det är mer sannolikt att familjemedlemmarna känner igen de observerbara egenskaperna i utvecklingskedet, övergångsfasen eller vid mindre stigmatiserade syndrom (Judge, Estroff, Perkins, Penn, 2008, 1)

### **Följdverkningar som den insjuknade själv upplevt**

I Etheridge, Yarrow och Peets (2004, 125) studie kommer det fram att de insjuknade har upplevt flera än ett av symptomen för psykos som bisarra tankar, rösthallucinationer, konstigt eller ovanligt beteende samt oorganiserade tankar hos sig själva. Andra insjuknade har också rapporterat oro kring sitt beteende både före och under den inledande perioden av psykosen samt under den tid de inte fått någon behandling (Addington, Van Mastrigt, Hutchinson och Addington, 2002, 358-363). Insjuknade beskriver symptomen med att orealistiska tankar i början kunde vara tillfälliga som gick att reda ut, utan att ta till flera åtgärder, vilket gör att förändringarna med tankeverksamheten verkar vara mer kopplade till en situation där psykosen har en längre utveckling. Många insjuknade tar upp att de försökt dölja symptomen för andra för att verka normala och att processen med att söka hjälp för de symptom som de upplevde förändrades med tiden. Många har varit ambivalenta till sin problematik och har skiftat mellan temporärt erkännande och förnekande till ett behov av hjälp för sina problem (Tanskanen, Morant, Hinton, Lloyd-Evans, Crosby, Killaspy, Raine, Pilling, Johnson, 2011, 1-11).

I Addington, Van Mastrigt, Hutchinson och Addingtons (2002, 358-363) studie hade 88 personer intervjuats. De insjuknade tog upp att trots symptomen på den prodromala fasen och de psykotiska symptomen hade tidigt noterats, hade många av de insjuknade inte sökt hjälp. De sökte hjälp först då utveckling gått så långt att depression utvecklats eller de psykotiska symptomen var så starka, att det inte fanns någon annan utväg. När behandlingen sedan påbörjades hade symptomen redan utvecklats till vanföreställningar med hallucinationer och tankar på suicid som följd. I Judge, Estroff, Perkins och Penns (2008, 3) studie tar några av de insjuknade upp att de försökt göra förändringarna begripliga genom att normalisera processen genom att hitta en förklaring till de komplicerade psykotiska symptomen. En stor del av de insjuknade tog upp rädslorna de

hade kring stigmatisering, hallucinationer, tillbakadragande från samhället eller isolering som orsaker till att de undvikt att söka hjälp. De tog också upp att de var medvetna om att schizofreni var en stigmatiserande sjukdom. Vilket gjorde att deras hopp om vad de skulle kunna åstadkomma i livet, skulle ändras i och med en diagnos.

### **6.1.2 Insjuknande i psykisk ohälsa**

Många hävdar idag att de ändrade attityderna till arbetet är en av orsakerna till insjuknanden. En minskad obehagstolerans och ökade krav på att få ta del av samhällets resurser kan även vara en förklaring. Andra pekar på den ökade förändringstakten i samhället och det kraftigt ökande informationsflödet samt kravet på att ständigt vara tillgänglig. Som ett exempel tar man upp en kraftig ekonomisk nedskärning som orsakar en dominoeffekt. Den förklaras med att man skär ner på antalet arbetsplatser, vilket gör att arbetstakten ökar för de anställda, vilket leder till sjukskrivningar, som gör att medarbetarna tvingas överskrida sina egna marginaler för att få arbetet gjort, vilket i sin tur leder till nya sjukskrivningar (Åsberg, Grape, Krakau, Nygren, 2010, 1307-1310).

Att insjukna i psykisk ohälsa är en av de vanligaste orsakerna till långtidssjukskrivningar. För många ter sig den stressrelaterade, psykiska ohälsan som ett luddigt begrepp. Vilket gör diagnosticering, behandling och rehabilitering svår. Stress är en naturlig och biologisk reaktion på att något är fel och kan leda till både kroppsliga och psykiska besvär. Välkänt är att stress förvärrar psykiska sjukdomar men det finns även ett antal sjukdomstillstånd där stressen varit den viktigaste orsaken till sjukdomen (Glise, 2007, 94). Tunsäter och Bjermer (2011, 6-10) kommer fram i sin studie till att psykisk ohälsa och astma kan påverka varandra. De tar upp att ångest kan vara en helt normal reaktion på astmasymptom. Men depression kan också vara en reaktion på en svårkontrollerad astmasjukdom där sjukdomen påverkat individens liv allt mer. Ångestfulla astmapatienter har svårare att acceptera sin sjukdom än icke astmatiker. De har även svårare att acceptera de begränsningar som sjukdomen medför. I studien kommer man fram till att deprimerade har sämre kunskap om sin astmasjukdom och har svårare att känna igen symptomen vid ett försämringstillstånd. Det har också visat sig att personer med ångest och depression har en sämre följsamhet till behandling och för att uppnå en optimal astmakontroll och livskvalitet bör vårdgivaren ta hänsyn till astmapatientens eventuella psykiska ohälsa.

### **Psykiska följdverkningar**

Vanliga symptom på stressrelaterad ohälsa är trötthet, smärtor, sömnstörningar, koncentrations- och minnesstörningar, ångest och nedstämdhet. Den som insjuknat blir så småningom allt mera irriterad och orolig, glömmer viktiga saker och har svårt att ta till sig ny information vilket kan ställa till med konflikter (Glise, 2007, 94). Insjuknade som isolerat sig från omvärlden har tagit upp ett sätt att ge efter för den inre världen och tagit upp sina psykosjukdomar som en orsak, som ibland kunnat ta över och gjort att de fastnat i grubblerier (Piscator, Nyström, 2007, 31-35). Anhöriga märker av att den insjuknades personlighet förändras genom ökad irritabilitet, med eventuella konflikter som följd. Skam och skuldkänslor kan förekomma och göra att den insjuknade utvecklar social fobi. Vanligt är också att man av olika skäl kan känna sig kränkt av personer i sin omgivning. Situationer med mycket påfrestningar och krav kan utlösa panikångestattacker och risken för självdestruktivitet ökar. Symptomen kan ha funnits en längre tid, men kroppens signaler har negligerats och de flesta drabbade har svårt att acceptera sin situation. De som då söker hjälp upplever ofta tillvaron kaotisk (Glise, 2007, 94-100).

### **Fysiska följdverkningar**

Prestationsförmågan försämras och den stressade personen använder allt mer energi för att kompensera detta. En tilltagande olust inför att arbeta smyger sig på vilket gör att familjeliv och aktiviteter ofta kommer i kläm. Cigarett- och alkoholkonsumtionen kan öka och det är inte ovanligt med långa sjukskrivningar på grund av oro, ångest, nedstämdhet och stressrelaterade besvär (Blomberg & Hedelin, 2007; Glise, 2007, 94-100). Många patienter upplever också sina problem som fysiska och kan ha bröstsmärtor, orolig tarm, huvudvärk, yrsel, värk i kroppen eller annat som kan vara stressbelastat. (Kallionen, Bernhardsson, Grohp, Lisspers, Sundin, 2010; Glise, 2007, 94-100). Informanter som isolerat sig på grund av sina psykosjukdomar vilka ibland kunnat ta över och gjort att de fastnat i grubblerier har kunnat leda till självdestruktivitet, eftersom de upplevde att en yttre smärta var lättare att uthärda (Piscator och Nyströms, 2007, 31-35).

### **Sociala följdverkningar**

I Piscator och Nyströms, (2007, 31-35) studie, där de intervjuat personer med ett psykiskt funktionshinder, angående vad som är orsaken till ett tillbakadragande från samhället, kommer det fram att tiden för tillbakadragandet kunde variera från några timmar till några månader. Orsaker som nämndes till tillbakadragelsen var för låg medicinkoncentration, biverkningar eller att de själva avslutat sin medicinering och alkohol. Det som också kom fram var sömbrist, stress och att klara av vardagliga situationer, svårigheter att vistas på öppna platser eller färdas med lokaltrafik, vilket orsakat ångest och oro och lett till att de isolerat sig från andra människor. Upplevelser av kroppsliga sensationer som domningar, yrsel och stress har även nämnts som orsak och informanterna upplevde det lättare att dra sig tillbaka i stället för att bli utpekade och uttittade.

Strategin för tillbakadragandet hade för stunden känts rationellt och nödvändig och kunde sammanfattas med att det gav ett visst skydd, samtidigt som det var ett sätt att ge efter för den inre världen. Det var en bekräftelse på att man vistas i marginalen av en mellanmännisklig gemenskap. De insjuknade tog upp att de hade svårt att förstå vad som egentligen hände i samband med att de isolerade sig, speciellt första gången. De upplevde det som långt ifrån naturligt att söka hjälp när verkligheten förvandlades och blev skrämmande, det var lättare och mera lockande att dra sig tillbaka. Svårigheter med att ta plats och synas i tillvaron beskrevs också som en anledning till att man isolerar sig vilket gjorde att det kändes lättare att dra sig tillbaka än att söka vård (Piscator & Nyström, 2007, 31-35).

Några av de insjuknade upplevde det svårt att leva upp till de krav som de trodde omgivningen hade på dem, vilket orsakade en osäkerhet som kunde resultera i en vana att aldrig be om hjälp. De tog också upp rädslan för att verka dumma. Tillbakadragandet användes också som skydd från yttre världen och olika stressfaktorer, som t.ex. påträngande vänner eller undvikande av en konfrontation eller som ett skydd mot inre uttryck som skuld känslor, obearbetad sorg, eller aggressivitet. Förändrad verklighetsuppfattning där tillvaron kändes annorlunda eller upplevelsen av att de själva var normala medan omgivningen var fientlig var också en orsak till tillbakadragandet. En del av de insjuknade tog också upp en avsaknad av ”den naturliga känslan för människor” som de trodde att andra hade och som bekräftade känslan av utanförskap (Piscator & Nyström, 2007, 31-35).

### 6.1.3 Orsaker till att människan inte söker vård

I en studie där man intervjuat insjuknade om vad det är som hindrar personer med psykisk ohälsa att söka sig till vård för sina symptom, kommer det fram till att många som skulle ha en fördel av den mentala hälsovården inte söker hjälp för sina problem. Det finns flera orsaker till att det sker en fördröjning innan den insjuknade får vård, vilket hänförs till individen och deras sociala nätverk. Något som återkommer i nästan alla studier är att de som insjuknat i psykos varit omedvetna om sin situation tills de fått hjälp för sin psykos vilket gjort processen att söka hjälp svår och komplicerad. Ett erkännande om behov av hjälp har ofta medgetts först när symptomen blivit så ohanterliga att de kulminerat till en kris att den insjuknade har uppmanats av andra att söka hjälp. I några fall har hjälpsökningsprocessen påbörjats utan den insjuknades vetskap och medgivande. Efter att vården har inletts har de insjuknade gradvis medgett problemen de upplevt som en mental sjukdom. Det kommer också fram att det finns de som medgett att de hade ett behov av att få hjälp och stöd men inte ansett sina problem vara ett psykiskt hälsoproblem vilket gjorde att en mera allmän vård påbörjats (Tanskanen, Morant, Hinton, Lloyd-Evans, Crosby, Killaspy, Raine, Pilling och Johnson, 2011, 1-11; Zartaloudi och Madianos, 2010, 662-669)

Andra faktorer som påverkat att de insjuknade inte sökt vård för sina symptom är, oro kring att bli stigmatiserade, rädsla för att få negativa reaktioner från andra, rädslor inför den mentala hälsovårdsservicen samt rädsla för att det ska uppstå sociala konsekvenser. De insjuknade tar också upp att de inte haft tillräckligt med kunskap och information om vad mental hälsovårdsservice innebär samt vilken typ av behandling som finns tillgänglig. Informanterna har också gett orsaker till att de inte sökt vård såsom att de skjutit upp besöket hos läkaren, ekonomiska svårigheter, för sjuk för att söka hjälp, osäkerhet om hur de ska gå tillväga, tron om att problemen skulle försvinna av sig själva, en känsla av överväldigande samt att de inte förstått att det handlat om en sjukdom. En del av de som insjuknat i psykos har också tagit fram att de trott att det inte finns någon hjälp att få för de psykotiska upplevelserna de har (Etheridge, Yarrow, Peet 2004, 126).

Boydell, Gladstone och Volpe (2006, 57-59) tar i sin studie fram om unga vuxna som har beskrivit den första förändringen som en känsla av att vara förföljda eller att någon pratar om dem samt en rädsla för att höra röster. De unga vuxna har använt sig av individuella strategier när de insjuknat i psykos, som ofta inneburit att de ignorerat tecknen och symptomen på psykos eller försökt dölja symptomen från andra som en barriär för att söka hjälp. De nämner också tron om att situationen är verklig, något normalt samt tron på att symptomen skulle försvinna. De var ofta omedvetna om vad som hänt dem, vilket ledde till att de isolerade sig. Även de unga vuxna tog upp rädslan för att bli stigmatiserade och de hade därför använt sig av coping strategier för att få respons på sjukdomen. De hade dolt sina symptom för familj och vänner för att inte oroa dem och det var först då symptomen blev så påtagliga att andra började se skillnaden som de kunde berätta om sina upplevelser.

I en jämförelsestudie mellan finska och spanska patienter som insjuknat i psykos kom det fram att den fördröjda vården inte berodde på brist på erkännande eller remittering av patienterna från primärhälsovården utan faktorerna var mer relaterade till patienten och deras familjer. De kulturella skillnaderna och den sociala situationen mellan länderna spelar en stor roll för hur man söker sig till vård för sina symptom. Men man bör också komma ihåg att diagnostiken mellan länderna är olika. Det framkommer att familjebanden är starkare i Spanien än i Finland och en stor del av de spanska patienterna levde tillsammans med primärfamiljen vilket gjorde att det sociala nätverket utanför familjen inte hade något stort inflytande på hur stort behovet i att söka sig till vård var. Medan i Finland, där största delen av patienterna bor självständigt spelar det sociala nätverket utanför familjen en större roll när man söker sig till vård. Å andra sidan tar forskarna upp att vårdmetoderna i Spanien baseras mer på kulturella attityder och mönster av informativ omsorg, som kan påverka förseningen av vårdprocessen. I studien kommer det också fram att tröskeln för att söka sig till vård för de spanska patienterna är högre än hos den finska patientgruppen, eftersom det ofta kan leda till hospitalisering i Spanien. Medan de finska patienterna inte blev hospitaliserade genom att det fanns en funktionell öppenvård, med krisinterventioner och hemorienterad vård för familjer (Kalla, Aaltonen, Wahlström, Lehtinen, Cabeza, González de Chávez, 2002, 268-272)

Andra orsaker är rädsla för förändring och oro över terapeuters tillgänglighet, kompetens och professionalism. De insjuknade gav tog också upp en rädsla inför att bli pressad att göra saker i terapin som de inte vill göra eller lära sig saker om sig själv som de egentligen inte vill veta. De insjuknade hade också en rädsla för att terapeuten skulle komma fram till något som deras liv som de inte ville att terapeuten skulle få reda på. Det som påverkar förväntningarna på terapin människans attityder. Människor med positiva attityder är mer benägna att söka hjälp för sitt illabefinnande och förväntar sig få mera när de vårdas än människor med negativa attityder. Människan förväntar sig att specialisten är välutbildad, orienterad till problemet och intresserad av patientens personlighet och hälsotillstånd. Människor med mentala hälsoproblem förväntar sig att den professionella vårdaren tar deras problem på allvar och vill förstå dem. I studien kommer det fram att de unga som deltagit inte söker hjälp för sina problem eftersom de upplever att vuxna inte tar dem på allvar och föredrar att vända sig till en vän i stället. De som tidigare har erfarenhet av familjemedlemmar som sökt och fått hjälp från den mentala hälsovårdsservicen har mindre rädslor kring vården än de informanter som inte har den här erfarenheten. Det kommer också fram i studien att informanter som hade en vän med mentala problem och som fått professionell hjälp var mindre oroade över terapeutens professionalism, mottaglighet och solidaritet (Zartaloudi och Madianos 2010, 662-669).

Det finns insjuknade som berättat att de uppmanats att söka hjälp för sina symptom men inte gjort det eller haft upplevelsen av att de inte fått respons för sitt kritiska illabefinnande. Anhöriga till en stor del av dem som insjuknat i psykisk ohälsa har hjälpt till och sökt hjälp för de insjuknades symptom. Men det kommer också fram att informanter som själv kontaktat vårdpersonal för sina symptom råkat ut för vårdpersonal som inte känt igen tecknen och symtomen på psykos. Det bör även tilläggas att en del av de informanterna vid vårdkontakter har beskrivit mera fysiska än psykiska problem (). Det som också påverkat när de insjuknade sökt sig till vård för sina symptom är kön, ålder, etnicitet, fysisk sjukdom samt svårighetsgraden av den psykiska ohälsan, vilken hjälp de fått från familjen, vänner och traditionella helare påverkade hjälpsökningsprocessen (Etheridge, Yarrow, Peet 2004, 126; Tanskanen, Morant, Hinton, Lloyd-Evans, Crosby, Killaspy, Raine, Pilling, Johnson, 2011, 3-7; Rüdell, Bhui, Priebe, 2008, 4-9).

## **6.2 Vikten av förebyggande vård vid psykisk ohälsa**

Lamph (2010, 35-37) tar upp att det skulle vara viktigt att vårdare som inte arbetar inom psykiatri är medvetna om och känner igen tidiga tecken och symptom på en psykos. Detta för att väsentligt kunna förbättra prognosen för ett tillfrisknande genom att remittera den insjuknade vidare i tid för rätt vård. Han tar i sin studie också fram att service för en tidig intervention har spritt sig nationellt, men trots detta är teamen ofta små. Det gör att man förlitar sig på att även andra vårdgivare än de som arbetar inom den mentala servicen kan identifiera symptom på en psykos. Han tar upp att traditionellt sett har psykoserna tidigare behövt var fullt utvecklade för att individen ska få akut vård, men anser att fördröjningen orsakar onödiga trauman för den insjuknade samt har en negativ effekt på förhållandet till den mentala hälsoservicen. Han menar att en utveckling av en specialiserad tidig interventionsservice borde minska sannolikheten för att det sker en fördröjning av vården.

Ett stort mål med tidiga interventionsprogram är att i ett tidigt stadium identifiera patienter med inledande psykos. Genom att reducera utvecklingen av en obehandlad psykos kommer det att förbättra gensvar och resultat på behandlingen. De utvecklade symptomen i den prodromala fasen hänför sig till tidsperioden från yttringarna av ospecifika tecken på en mental störning till behov av någon variant av psykiatrisk uppmärksamhet. (Kalla, Aaltonen, Wahlström, Lehtinen, Cabeza, González de Chávez, 2002, 265-274) Genom garanterad evidensbaserad intervention som redskap, främjas tillfrisknandet samt individerna uppmuntras till att vara hoppfulla och optimistiska inför framtiden. Tidiga interventionsteam tillämpar begynnande bedömning där det finns en misstanke om att en psykos existerar samt förhindrar att personerna hamnar utanför samhället. Team som ofta arbetar med personer med osäker diagnos samt personer som debuterat i psykos tillämpar utsträckta värderingar när en diagnos är oviss eller individen anses ha hög risk för att utveckla psykos (Lamph 2010, 36-37 ).

### **6.2.1 Förebyggande vård vid psykisk ohälsa**

Glise (2007, 94-100) tar upp att det är viktigt att förebygga och fånga upp personer med ökad risk för stressrelaterad ohälsa. En bristande sjukdomsinsikt är vanlig och många av de som insjuknat drar sig för att söka hjälp. Därför är det viktigt att arbetsgivare, arbetskamrater och anhöriga är uppmärksamma på tidiga symptom på överbelastning. Någon bör påpeka för den drabbade vad omgivningen noterat.



Addington, Van Mastrigt, Hutchinson, Addington, (2002, 358-363) tar upp att den första uppgiften är att förbättra medvetenheten om tidiga tecken och symptom hos människan. Trots att tidig intervention ses som en fördel av kliniker förbättras inte behandlingsfördröjningen om inte patienten är av samma åsikt. För det första måste människor ha möjlighet att få undervisning i hur och var de kan söka hjälp om de behöver det. För det andra bör familjeläkare och andra professionella inom vården närmare känna igen och förstå det tidiga stadiet av mental ohälsa för att kunna remittera patienterna vidare för konsultation.

Blomberg och Hedelin (2007) tar upp att det har diskuterats mycket kring att specifik kunskap går förlorad när psykiatrisjukskötare arbetar inom primärvården. Men enligt dem finns det skäl att vidga arbetsfältet mot primärvården för att man skall kunna identifiera tidiga tecken på psykisk ohälsa i tid samt upptäcka otillfredsställda psykiska behov hos individen. Enligt forskarna skrivs få doktorsavhandlingar som fokuserar på det primära och tar upp behovet av att det behöver forskas kring primärvårdens anseende och psykiatrisjukskötarens arbete med de personer som inte har psykosproblematik. De menar att det är viktigt och värdefullt att ta del av de erfarenheter som patienter med lättare psykisk ohälsa har.

Blomberg och Hedelin (2007, 25-28) tar i sin studie upp vikten av information både till den insjuknade och till de anhöriga för att de ska få kunskap om sjukdomen. Den allmänna kunskapen omfattar perspektiv på psykisk ohälsa, symptom, behandling, läkemedelsbehandlig och biverkningar. Kunskapen kan förmedlas muntligt vid besök eller genom hänvisning till litteraturen, broschyrer eller kompendier. Patienter som gått hos psykiatrisjukskötare och via dem fått kunskap om vad psykisk ohälsa är, har gjort att många förstått att de borde ha sökt hjälp tidigare. Många klienter upplevde att de fick ny kunskap om olika behandlingsmetoder eller hur kroppen fungerar vid t.ex. en panikattack eller stress. Den personliga kunskapen kan skapas genom att man blir konfronterad med och får reflektera över egna invanda mönster i att tänka, känna och handla. Konkreta frågeställningar och individuellt anpassade träningsuppgifter leder det till att patienten får en ökad medvetenhet om personliga förutsättningar och hinder. Genom att han/hon får ett nytt perspektiv på sin situation samt hittar nya vägar för att lösa problem är det ett sätt av hjälp till självhjälp. Viktigt är att komma ihåg att om anhöriga deltar i byggandet av informationen är det med patientens samtycke. Avsikten med att de anhöriga deltar är att

de ska få förståelse för vad deras närstående går igenom. (Blomberg och Hedelin, 2007, 25-28).

Patientens uppfattning om behovet av stöd och hjälp kan innefatta en praktisk och känslomässig aspekt. En patient har beskrivit att psykiatrisjukskötaren den fasta punkten i vårdsystemet, därför att hon står för kontinuiteten vid ständiga läkarbyten. Det praktiska stödet kan göra det lättare för patienten att ha kontakt med andra vårdgivare utanför primärvården som kan gälla allt från att få remisser till olika platser som t.ex. en fysioterapeut eller sjukgymnast för att få basal kroppskänedom eller avslappning eller råd om hur vardagen kunde hanteras. Det känslomässiga stödet beskrev patienterna som en värdefull möjlighet till att ventilerat tankar och känslor med en annan person, en utomstående. Genom att psykiatrisjukskötaren kunde användas som bollplank, gavs distans, struktur och nya perspektiv och avlastning. Många kan också känna skuld gentemot sina anhöriga, närstående och arbetskamrater, men genom att ha någon utomstående att dela tankarna med lättar den bördan. Genom att bekräfta det psykiska lidandet ger man tillåtelse att uttrycka svårigheter och informanterna upplevde att det var någon som förstod dem. Informanterna upplevde också att den tid som gavs dem gav en trygghet och närhet. Samtidigt som besöksderna respekterades så stärktes även känslan av att vara betydelsefull. Den personliga vägledning som informanterna fick genom kunskap, tid stöd och närhet gav dem förutsättningar för mötet. Genom att psykiatrisjuksköterskan hade medicinsk kunskap, personlig livserfarenhet samt erfarenhet baserad på sin yrkesverksamhet kunde hon ge informanterna andra problemlösningsmodeller och andra redskap för att lösa problem som kom emot (Blomberg Hedlin, 2007, 25-28).

Blomberg och Hedlin (2007, 28) skriver att behovet av hälsofrämjande och förebyggande insatser ökar med tanke på att den psykiska hälsan försämrats bland befolkningen. Hinder som anges är skam och skuldkänslor och psykiatrisjukskötaren i primärvården behövs för att även de som inte själva söker hjälp ska få hjälp med sina besvär. Med psykiatrisjukskötare inom primärvården skapas ökade förutsättningar för att identifiera behov och tidigt upptäcka psykisk ohälsa hos personer som inte har någon kontakt till psykiatrisk vård.

Allgulander & Nilsson (2003, 833) har funderat på hur man kan undersöka psykisk ohälsa i primärvården och tar upp exempel som självskattingskalor och väntrumsenkäter att fylla i för att komplettera anamnesen. Det kommer också fram att korta frågor visar sig mer användbara vid screening än ett längre formulär. De tar fram fem frågor som man kan ställa till primärvårdspatienter (bilaga 2).

### **6.2.3 Vart söker sig den insjuknade**

Glise (2007, 94-100) kom i sin studie fram till att det är många som har symptom på stressrelaterad ohälsa och tidigare besökt hälso- och sjukvården för olika kroppsliga symptom utan att grundproblemet blivit upptäckt. Vårdare inom primärvården bör därför vara uppmärksamma på att den psykiska problematiken kan dölja sig hos patienter som söker sig till vård för fysiska symptom.

I en studie där man forskat kring hur man söker sig till vård för psykisk ohälsa bland tre olika etniska grupper i östra London (vita briter, mörkhyade från Karibien och folk från Bangladesh) har det kommit fram att alternativa tjänster för dem som hade mer vanliga mentala störningar, var positivt associerat med primärvården. Det kommer fram att de insjuknade inte kände till hur de skulle kunna lösa sina problem, trots att många av dem hade prövat på ett flertal olika strategier. Strategier som hade använts och som upplevts hjälpa var att prata med vänner och familj, träna eller hålla sig sysselsatt. En bättre kommunikation, personlig motståndskraft, äganderätt och ansvar över sitt eget liv samt ändringar av omständigheterna i livet och i arbetet upplevde de insjuknade som en lösning av sina problem. Alla av dem som deltagit i studien föredrog individriktade strategier och strategin för att söka hjälp var mer allmän i vissa etniska grupper. Men det fanns också de som upplevde att det inte fanns någon hjälp att få för deras problem. Hos de etniska grupperna var det mera en norm än ett undantag i användandet av de specifika strategierna i sökandet efter hjälp för sitt illabefinnande. Detta gör att studien stöder betydelsen av kommunikation och låg- stödtröskel- system, som antyder att man kan arbeta närmare familjen i samhället. Trots detta så var användningen av de många strategierna etniskt mönstrade och det fanns mindre etniska skillnader i vad som uppfattades hjälpa. Många av de insjuknade rapporterade att det bästa sättet att lösa ohälsan var att få hjälp med konkreta problem och förhållanden hellre än medicinsk behandling (Rudell, Bhui, Priebe, 2008, 4-9).

I Tanskanen, Morant, Hinton, Lloyd-Evans, Crosby, Killaspy, Raine, Pilling och Johnsons, (2011, 3-7) studie kommer det fram att man varit i kontakt med en eller flera olika samhällsorganisationer som religiösa samfund, arbetslöshetsbyråer, universitets-, högskole-, ungdoms- samt fritidsgrupper före den första kontakten med den mentala hälsovårdsservicen. Personer som varit anställda eller gått i skola och haft en tutor har upplevt kontakten till honom/henne som distanserat och opersonligt. Det har gjort att de insjuknade upplevt att det skulle vara olämpligt att diskutera mentala hälsoproblem med dem. En motvillighet att söka hjälp från dessa samhällsorganisationer har också rapporterats. I studien kom det också fram positiv respons till de olika samhällsorganisationerna. Genom uppmuntran och hjälp av dem hade de insjuknade fått direkt kontakt med den mentala hälsovårdsservicen eller via sin allmänläkare (Tanskanen, Morant, Hinton, Lloyd-Evans, Crosby, Killaspy, Raine, Pilling, Johnson, (2011, 3-7).

I Rüdell, Bhui, Priebe (2008, 4-9) studie kommer det också fram att insjuknade som gått till sin allmänläkare upplevt att de inte fått någon hjälp om läkaren inte svarat på deras frågor, oro och bekymmer. En informant hade upplevt att allmänläkaren inte hade varit till någon hjälp eftersom situationen känts hopplös. Allmänläkaren ansågs också som ohjälpsam om de endast fokuserade på medicinering.

I Tanskanen, Morant, Hinton, Lloyd-Evans, Crosby, Killaspy, Raine, Pilling och Johnsons, (2011, 3-7) studie rapporterar informanterna också att deras symptom hade ignorerats eller blivit obemärkta av vårdpersonal inom primärvården. Att kontakta allmänläkaren om sin psykiska ohälsa upplevdes inte endast som negativt. I Rüdell, Bhui, Priebe (2008, 4-9) studie fanns det flera informanter som upplevt att de fått hjälp av sin allmänläkare. De patienter som betygsatte primärvårdens tjänster som hjälpsamma var också mera medvetna om restriktionerna som allmänläkaren arbetade efter. De hade lägre förväntningar på servicen men hade i alla fall upplevt att behandlingen hade hjälpt dem.

I Allgulander och Nilsson (2003, 836-837) studie var det 1348 patienter som deltog i studien och det kommer fram att ångest och depression förekom hos 12,5 % av alla deltagare. Dessutom hade 10,5 procent en pågående psykofarmaka behandling för ångest och depression. Trots detta så var majoriteten på 56 procent de som sökte sig till allmänläkaren för fysiska åkommor. Patienter som tidigare behandlats inom primärvården hade besökt, psykiatrer, psykologer, allmänläkare och en liten del hade vårdats i sluten psykiatrisk vård. Forskarna tar upp att det kanske är överraskande att patienter med ångest

och depression är så vanligt och att många är yngre, ensamma eller arbetslösa i lite större utsträckning än övriga patienter men skiljer sig inte nämnvärt i frågan om samsjuklighet. Det finns ingen självklar riktning men riskera att bli ensam och friställd kan finnas om man är nedstämd och orolig. De flesta läkare som deltog i studien ansåg sig kunna diagnosticera och behandla patienter med generaliserad ångest och depression. De flesta tyckte att det var givande trots att det också kunde kännas krävande.

I en jämförelsestudie mellan sjukskötare inom psykiatriska vården och sjukskötare inom somatiska vården och kommit fram till att stigmatisering och diskriminering har blivit identifierade som ett viktigt hinder för integration av personer med mentala hälsoproblem i samhället. I insatserna för att reducera stigma och diskriminering spelar vårdpersonalen en viktig roll eftersom de har en tätare kontakt och ansvar för behandling och rehabilitering av patienterna. I deras studie kommer det fram att sjukskötare inom den somatiska vården har en högre grad av rädslor och negativa attityder till personer med psykisk ohälsa än sjukskötare inom psykiatriska vården. De negativa attityderna fördelades olika beroende på de mentala hälsoproblemen men mest negativa attityderna beträffande oförutsägbarhet och farlighet var kopplat till drogberoende, alkoholberoende och schizofreni.

Vårdpersonalen inom den somatiska vården var yngre sjukskötare och sjukskötare med mindre professionella erfarenheter. De upplevde också att det var svårare att diskutera med personer med psykisk ohälsa samt att de är mera krävande och skrämmande än andra patienter. Det kan sammanfattas med att personal inom den psykiatriska vården upplever personer med schizofreni mindre oförutsägbara och farliga än sjukskötare inom somatiska vården. Sammanfattningsvis är attityderna bland sjukskötarna i flera avseenden jämförbara med allmänna åsikter angående psykisk ohälsa och psyksikt sjuka människor. I studien kommer det trots allt fram att vårdpersonal som var gifta eller sammanboende hade mindre negativa attityder till frågan om att det är svårt att prata med en person med schizofreni, jämfört med de som bodde ensamman. Detta gör att det verkar handla mera som en praktisk och professionell erfarenhet Forskarna skriver, för att belysa de negativa attityderna angående oförutsägbarhet och farlighet hos personer med specifika mentala sjukdomar och om det är det mera associerat med realistiska erfarenheter eller med fördomar behövs det mer kvalitativ forskning inom området (Björkman, Angleman och Jönsson 2008, 170-177).

### **6.3 Den anhöriges upplevelse av familjemedlemmens insjuknande**

Etheridge K, Yarrow L och Peet M (2004, 127-128) intervjuade anhöriga till personer som insjuknat i psykos om när de först noterat förändringar i sina anhörigas beteende och tankeverksamhet som kunnat vara en prodromal fas, eller när de först noterat de definitiva symptomen på psykos. En del av de anhöriga hade noterat förändringar hos de insjuknade redan i unga år, allt mellan 13 till 25 år. Men hos sex insjuknade hade man noterat förändringen före eller i 15-års ålder. De vanligaste förändringarna som de anhöriga noterat var tillbakadragande och isolering, undvikande av kontakt med familjen, personlighetsförändring, aggressivitet, konstigt beteende, självskadebeteende, paranoida tankar, röriga tankar och missbruk.

#### **6.3.1 Hurudant lidande upplever de anhöriga i relation till den insjuknade**

Anhöriga upplevde problem med att de inte visste hur de skulle gå tillväga eller varifrån de skulle söka hjälp. Några anhöriga nämnde att de hade tagit kontakt med vårdpersonal men upplevt att de inte har blivit hörda. Några anhöriga hade också tagit upp att han/hon sökt information på biblioteket. Endast en av de anhöriga som deltog i studien upplevde att de fått hjälp och stöd från den mentala hälsoservicen i det första skedet. Fem av de anhöriga hade sökt hjälp från sin allmänläkare när deras släktingar möjligtvis upplevde prodromala symptom, men de rapporterade att den erfarenheten var meningslös, för att de fått höra att beteendet sannolikt var tonårsupptåg. Ett faktum är att det brukar vara svårt att känna igen tidiga symptom på psykos både för anhöriga och de insjuknade. Men hur som helst så förhindrades försöken att få hjälp på grund av brist på kunskap om vem man ska söka sig till samt ohjälpsam respons från personal inom vården. Trots detta bör man komma ihåg att förändringar i ungdomars beteende är mycket vanligt. Och försöken att identifiera prodromal schizofreni är även svåra för ett tränat undersökningsteam vilket gör att en hel del falska, positiva symptom kan leda till stigmatisering. De flesta myndigheter kunde därför rekommendera att identifikation av psykotiska symptom försöks först när de utvecklats till en direkt grad av problem. (Etheridge m.fl. 2004, 128)

Andra angöriga har också rapporterat att de haft svårigheter med att känna igen sina anhörigas symptom och tecken på psykos. För många var det i efterhand associerat med frustration och skuld känslor för att de inte känt igen symptomen tidigare. Då upplevde det därmed som att de förlängt lidandet för sin familjemedlem. Fördröjningen berodde på oklarhet och brist på medvetenhet av symptom på psykos. De anhöriga rapporterade

alternativa förklaringar till de psykotiska symptomen som användning av droger, stress, depression, fysisk sjukdom, sömnbrist, och religiösa upplevelser. De anhöriga tar också upp upproriskt tonårsbeteende, olaglig droganvändning, fysiska och neurologiska tillstånd eller andra psykiska problem som postnatal depression eller personlighetsdrag. I kontrast till dessa kände alla anhöriga igen behovet av vård trots att tidsramen för hjälpsökningsprocessen avsevärt varierade. Trots att många av de anhöriga hade noterat okarakteristiskt och bisarrt beteende hos sin närstående som gjort att de övervägt att vidta åtgärder rapporterade majoriteten att de inte sökt hjälp förrän gränsen till kris nåddes. Många av de anhöriga tog upp den insjuknades brist på erkännande till psykos och motvillighet som en barriär för att skaffa hjälp. Alla anhöriga hade försökt att övertyga sin familjemedlem om att söka hjälp, men ofta mött förnekelse, ilska och stigmarelaterad oro som gjort att förloppet fortsatt. De anhöriga rapporterade också i huvudsak oro kring negativa och psykologiska konsekvenser för sina familjemedlemmar när de kommer in i det mentala hälsovårdssystemet. De tog även upp oron kring behandling och farhågor kring den mentala hälsovårdsservicen. De oklarheter som symptomen gav gjorde att de kände sig förvirrade och det gjorde det svårt att bestämma sig för vilken vård de behövde för sina närstående (Tanskanen, Morant, Hinton, Lloyd-Evans, Crosby, Killaspy, Raine, Pilling, Johnson, 2011, 3-7)

## **7 Tolkning**

I detta kapitel tolkas resultatet utgående från de teoretiska utgångspunkterna och den teoretiska bakgrunden som beskrivits i kapitel 3 och 4. För att göra tolkningen mer enhetlig har respondenten valt att tolka huvudrubrikerna i resultatredovisningen.

### **7.1 Människans upplevelse av insjuknande i psykisk sjukdom**

I resultatet kom det fram att människor som upplever psykos för första gången ofta lider flera månader eller år förrän symptomen blivit så allvarliga att de behöver psykiatrisk vård. Det kommer också fram att det är vanligt att man flera gånger sökt hjälp inom primärvården för symptomen utan resultat. Att insjukna i psykisk sjukdom upplevs skrämmande och gör att personen börjar isolera sig. Många av de insjuknade som deltagit i studierna har tagit upp att de trott att upplevelserna var någonting normalt eller att symptomen med tiden ska försvinna. Trots att individen själv upplevt förändringen i sitt

beteende och i sin tankeverksamhet så har han/hon inte sökt hjälp före symptomen och tecknen så allvarliga att andra observerat förändringarna. De som insjuknat upplever ofta att det smygande förloppet ger en känsla av förlust av greppet om livet. Vanligt vid ett insjuknande är att personen får en nedsatt funktionsförmåga, sömnstörningar, koncentrationssvårigheter, smärtor, nedsänkt stressnivå, minnesstörningar, ångest, nedstämdhet, trötthet, irritabilitet, orolighet, man glömmer viktiga saker och har svårt att ta till sig ny information. Många upplever sina symptom som fysiska, vilket gör att man inte berättat upplevelserna för sin läkare. Vanligt är att familjelivet påverkas och att aktiviteter som man tidigare gjort kommer i kläm. Många av de insjuknade som deltagit i studierna har tagit upp att de har försökt dölja symptomen för andra, för att verka normala. Processen med att söka hjälp för de symptom som de upplevt förändrades också med tiden. Många har varit ambivalenta till sin problematik och har skiftat mellan temporärt erkännande och förnekande till ett behov av hjälp för sina problem. Det är inte heller ovanligt med långtids sjukskrivningar inom den här kategorin.

Detta stämmer överens med Skårderud m.fl., (2010) och Ottossons m.fl., (2010) tankar om människor som insjuknar i ett psykotiskt tillstånd kan få en förändrad verklighetsuppfattning som ingen annan kan förstå eller bekräfta. Tillståndet är ofta förenat med ensamhet och den insjuknade kan vara livrädd för saker som andra betraktar som fantasier. Tankeverksamheten påverkas som gör att den insjuknade kan ha svårt att föra ett vanligt samtal. Han/hon kan också dra sig tillbaka från omgivningen och isolera sig. Den insjuknade kan ha paranoida tankar med upplevelser av att vara förföljd eller att någon pratar illa om henne. Ottosson tar fram att jagstörningen ofta är påverkad och att en människa som insjuknat i psykos kan få sofistikerade tolkningar som religiösa eller kosmiska intryck.

När en människa insjuknar i psykisk ohälsa eller stressrelaterad ohälsa så kommer det fram i resultatet, att en fysisk grundsjukdom kan förvärra den psykiska hälsan, men även tvärtom. Många hävdar idag att ändrade attityder till arbete, ökade krav från samhället, informationsflödet och krav på att ständigt vara tillgängliga kan vara en orsak till att man insjuknar i psykisk ohälsa. I resultatet kommer det också fram att finländarna har ett svagare nätverk runtomkring sig. Något som kan påverka den långa utvecklingen av obehandlad psykos, är att vi i Finland har mindre sociala kontakter och svagare socialt nätverk under ungdomstiden. Det som också kan påverka ett insjuknande är psykologiskt



beroende av primärfamiljen, eller instabilitet i yrkeskompetensen tiden före insjuknandet. I Finland är tiden i medeltal fyra månader för utvecklingen av psykos, men de som insjuknar i schizofreni har en fyra gånger längre utvecklingstid än de som har någon annan typ av psykos. Kvinnornas sjukdomstillstånd varar kortare än männens. Det som kommer också fram är att det inte finns något samband mellan arbetslöshet och att insjukna i psykisk ohälsa.

De forskningsresultat som kommit fram kan kopplas ihop med Arvidsson & Skärsäter (2010), Skårderud m.fl., (2010) samt Judge, Estroff, Perkins, Penn, (2008). Arvidsson & Skärsäter tar fram att en psykisk sjukdom har både biologiska och psykosocial etiologi. Faktorer som ökar risken för att insjukna i en psykisk ohälsa är en stressande vardag, ekonomiska svårigheter, små möjligheter till avkoppling och självbestämmande samt brist på socialt stöd. Alla dessa valmöjligheter som vi idag har vad gäller bostadsort, arbete och självförverkligande är stora genom att globaliseringen gör information lättillgängligt. Skårderud m.fl. beskriver att det finns många olika slags former av psykisk ohälsa och att fysiska sjukdomar kan ge upphov till psykiska reaktioner men även tvärtom. De menar också att oberoende vad man tycker och tänker kan man ofta enas om att psykisk ohälsa beror på svårigheter och lidande som gör att relationsförmågan skadas och att man hamnar utanför livet. Arvidsson och Skärsäter (2010) tar upp att det är viktigt att skapa en balans i vardagen för alla familjemedlemmar och att alla kan känna sig trygga och ha ett gott välbefinnande. De menar att det inte spelar någon roll om det sociala nätverket är stort eller litet, men viktigt är att alla har någon i sin närhet som kan hjälpa och stöda den insjuknade.

I flera artiklar kommer det fram att en fördröjning av sjukdomförloppet hänförs till individen och deras sociala nätverk. Det som också återkommer i flera studier är att de insjuknade varit omedvetna om situationen tills de fått hjälp för sitt problem. Processen att söka hjälp har därför varit svår och komplicerad. Ett erkännande om behov av hjälp har ofta medgetts först när symptomen blivit så ohanterliga att de kulminerat till en kris och att den insjuknade har uppmanats av andra att söka hjälp. I några fall har hjälpsökningsprocessen påbörjats utan den insjuknades vetskap och medgivande. Efter vården inletts har insjuknade gradvis medgett problemen de upplevt som en mental sjukdom. Det kommer fram i studien att insjuknade medgett att de hade ett behov av att hjälp och stöd men inte ansett sina problem vara ett psykiskt hälsoproblem vilket gjorde att en mera allmän vård påbörjats.

Ett erkännande att man har en psykisk sjukdom är det första steget i att söka hjälp. Den här fasen verkar speciellt komplex för individer som upplever tidig psykos. Trots att familjemedlemmar känner igen förändringen i humöret, tankeverksamhet och beteende, tenderar de att inte identifiera symptomen som en psykisk sjukdom. Det är mer sannolikt att de insjuknade och familjemedlemmarna känner igen observerbara egenskaper i utvecklingskedet, övergångsfasen eller mindre stigmatiserade syndrom. En stor del av de insjuknade har rapporterat rädslor för stigmatisering, hallucinationer, tillbakadragande eller isolering från samhället som orsak till att han/hon undviker att söka hjälp. Insjuknade har också uttryckt att de haft medvetenhet om att schizofreni är en stigmatiserande sjukdom. Att få en schizofrenidiagnos skulle ändra deras hopp om vad de ska kunna åstadkomma i livet. Många av de insjuknade har också tagit upp känslan av den hopplöshet de känner inför sin situation.

Det här stämmer överens med Fromms(1968) syn på hoppet. Många människor har en oförmåga att skilja mellan medvetet och omedvetet hopp bidrar till att vi inte vet vad hoppet egentligen är. Samma misstag begås även i frågan om andra, emotionella erfarenheter som lycka, ångest, depression, leda och hat. Många människor är omedvetna om vissa känslor De erkänner inte för sig själva att de är rädda, har tråkigt, känner hopplöshet eller ensamhet. Många känner medvetet hopp och omedvetet hopplöshet, men ett fåtal känner tvärtom. När det handlar om hopp och hopplöshet gäller det inte i första hand vad individen tror om sina känslor, utan vad de verkligen känner. Vad individen känner kommer mindre fram genom ord och fraser utan upptäcks snarare genom en iakttagelse av ansiktsuttryck, sett att gå på och förmåga att med intresse att reagera på något som tilltalar. Samtidigt kan människan sakna förmågan att lyssna till förnuftiga argument.

Resultat stämmer också in på Erikssons (1994) syn på livslidande. Situationen att vara patient och upplevelsen av ohälsa kan innebära allt från att känna hot mot ens totala existens, till en förlust av möjligheten att fullfölja något planerat. Lidandet inom livslidandet är relaterat till allt vad det kan innebära att leva och vara en människa bland alla andra. Hotet av förintelse, förtvivlan och rädsla blandas med viljan till kamplust och liv. Den totala livssituationen för en människa kan förändras på många olika sätt. Genom ett fysiskt lidande eller en plötslig påtvingad förändring som strider mot det naturliga gör att människan behöver tid för att hitta nya meningssammanhang. En människa som upplevt

sig som hel kan också plötsligt känna att identiteten spricker och hon blir flera delar av ett upplöst inre. Den här känslan kan förknippas med den psykotiska människans upplevelser när de tror att upplevelserna är något normalt.

## **7.2 Vikten av förebyggande vård vid psykisk ohälsa**

I resultatet kommer det vidare fram att nationella interventionsprogram har spritt sig. Trots detta är det svårt att i ett tidigt stadium identifiera patienter med inledande psykos. Genom ett tidigt ingripande av obehandlade psykos skulle man få bättre gensvar på behandlingen som inleds. Behovet av hälsofrämjande och förebyggande insatser ökar med tanke på att den psykiska hälsan försämrats inom befolkningen. Hinder som skam och skuld känslor kommer ofta fram och därför vore det viktigt att den mentala hälsovårdsservicen var lättillgänglig. Viktigt är att andra vårdgivare än de som arbetar inom den mentala hälsovårdsservicen känner igen och kan identifiera tidiga tecken på psykos. Genom specialiserad tidig interventionsservice borde sannolikheten minska för att fördröjning av vården sker. Genom att vårdpersonal som arbetar inom den primära vården eller inom andra vårdinstanser skulle vara medvetna om tecken och symptom på psykisk ohälsa, skulle individer som är i riskzonen remitteras vidare för konsultation. Att få fram information om psykisk ohälsa till människor i samhället skulle också vara bra för att de ska bli mera medvetna om symptom och tecken för att kunna stöda en familjemedlem vid ett eventuellt insjuknande. Vikten av information om sjukdomen, behandling och medicinering till den insjuknade tas också upp i resultatet. Om den insjuknade får kunskap om sin sjukdom hjälper det henne att vara uppmärksam på sitt mående och söka vård i tid för att förhindra att sjukdomsförloppet blir utdraget. Här kommer psykiatrisjukskötarens uppgifter och tillgänglighet fram. Många insjuknade har upplevt att de haft bra stöd av henne och att hon stod för kontinuiteten vid ständiga läkarbyten. Genom att hon bekräftade det psykiska lidandet gav hon tillåtelse att uttrycka svårigheter som de insjuknade hade.

Detta stämmer överens med Institutet för hälsa och välfärd (2007) rekommendationer om att informationssamhället för en god psykisk hälsa är viktigt idag. De tar upp att man i kommunen och organisationers hälsofrämjande arbete, sträva till att utöka arbetet och främja mental hälsa. Arbetet för att främja den psykiska hälsan påverkar inte enbart individens psykiska hälsa, utan ger även ett minskat alkohol- och drogbruk, ökad arbetsförmåga och produktivitet samt förbättrad kroppshälsa. Institutet för hälsa och välfärd tar upp att det finns forskningar som visat att evidensbaserade åtgärder, främjar den

psykiska hälsan. Förutom inom hälsovården kan åtgärder också göras inom dagvården, skolektorn, ungdomsarbetet, stadsplaneringen samt fastighetssektorn. Viktigt för individens psykiska hälsa är att hon får behålla sina grundläggande rättigheter. Genom att skapa stödjande miljöer får människan möjlighet att påverka sin livssituation och närmiljö. Det stimulerar till en förankring och ett aktivt socialt deltagande som underlättar för henne att hantera kraven i vardagslivet och göra hälsosamma val.

I resultatet kommer det fram att det är viktigt att förebygga och fånga upp personer med ökad risk för stressrelaterad ohälsa. En bristande sjukdomsinsikt är vanligt och många insjuknade drar sig för att söka hjälp. Därför är det viktigt att arbetsgivare, arbetskamrater och anhöriga är uppmärksamma på tidiga symptom på överbelastning. Någon bör påpeka för den drabbade om vad omgivningen noterat. Några forskare i resultatet tar upp att först och främst behöver man förbättra medvetenheten om tidiga tecken och symptom hos människan. Trots tidig intervention, förbättras inte behandlingsfördröjningen om inte patienten är av samma åsikt. För det första måste människor ha möjlighet få undervisning i hur och var de kan söka hjälp om de behöver. För det andra bör familjeläkare och andra professionella inom vården närmare känna igen och förstå det tidiga stadiet av mental ohälsa för att kunna remittera patienterna vidare för konsultation.

Det stämmer överens med Arvidsson och Skärsäters (2010) tankar om att det är en krävande och svår erfarenhet att vara närstående till en person med psykisk ohälsa. Att en familjemedlem har en psykisk sjukdom kan orsaka stora påfrestningar i familjrelationen. Att en familjemedlem insjuknar i depression kan höra ihop med ogynnsamma händelser inom arbete, hem eller familjen. Dessa kan vara relaterade till äktenskap, födelse eller död. Hur familjen fungerar är en viktig faktor som på lång sikt påverkar hur det går för den deprimerade. Samtidigt påverkar det också hur familjen har valt att dela upp uppgifter för att vardagen ska fungera. Förväntningar och ansvarstagande som medlemmarna har på varandra kan varar en viktig fråga för att eventuella krav eller skuld känslor kan få en realistisk belysning. Om familjens nätverk är stort eller litet spelar ingen roll, men det är viktigt att ta reda på hur de kan stöda familjen. Forskning har också visat att barn i familjer där det finns någon form av psykisk sjukdom har en större risk för att själv utveckla någon form av psykisk sjukdom.

### 7.3 Den anhöriges upplevelse av familjemedlemmens insjuknande

I resultatet kommer det fram att många anhöriga har svårigheter med att känna igen tidiga tecken och symptom på psykos. Men trots detta har de märkt av att det skett en förändring med den egna familjemedlemmen. Orsaken till att en fördröjning av sjukdomsförloppet sker är ofta brist på medvetenhet och oklarheter kring symptomen på psykoser. Trots att många av de anhöriga har noterat okarakteristiskt och bisarrt beteende hos sin närstående som gjort att de övervägt att vidta åtgärder har de i alla fall inte sökt hjälp förrän gränsen till kris nåtts. Många anhöriga har också tagit upp att de inte vet vart de kan söka sig för att få hjälp eller hur de ska gå tillväga. Många av de anhöriga har tagit upp den insjuknades brist på erkännande till psykos och motvillighet som en barriär för att skaffa hjälp. Och trots att många anhöriga försökt att uppmuntra den insjuknade att skaffa hjälp har de ofta mött förnekelse, ilska och stigmarelaterad oro som gjort att förloppet fortsatt. De har också rapporterat oro kring negativa och psykologiska konsekvenser för sina familjemedlemmar samt att de hade en oro kring behandlingen och farhågor kring den mentala hälsovårdsservicen. De oklarheter som symptomen gav gjorde att de kände sig förvirrade och gjorde det svårt för dem att bestämma sig för vilken vård de behövde till sina närstående.

De forskningsresultat som kommit fram stämmer överens med Arvidsson och Skärsäter (2010). De skriver att det kan vara svårt att vara närstående till en svårt psykiskt sjuk och att det kan vara en krävande och svår erfarenhet som orsakar stor påfrestning i familjen och relationen. Hur familjen fungerar på lång sikt påverkar den insjuknades vardag och utgång av behandling. Förväntningar och ansvarstagande som medlemmarna har på varandra kan vara en viktig fråga för att eventuella krav eller skuld känslor ska få en realistisk belysning. Det som också påverkar är hur familjen delar upp ansvar inom familjen och vilken form av stöd familjen får eller har.

De anhörigas lidande kan man också relatera till Erikssons syn på lidande (1994). Hon skriver att lidandet är en kamp mellan det onda och det goda och liv och död. Lidandet och lusten utgör kärnan i allt mänskligt liv, men när livet segrar har lidandet utgjort en kraftkälla till ett nytt liv och en ny mening. Varje människas lidande är unikt och alla har inte förmågan att lida men förmågan är livsviktig för människan för att den hör till livets djupaste villkor. I lidandet finns sorgen, sörjandet och smärta och på det biologiska planet är det en varningssignal för att något är på tok, på samma sätt fungerar det även på det

psykiska och andliga planet. I varje lidande tas någonting konkret eller något i symbolisk mening ifrån oss. Människan kan utplånas som en hel person i lidandet som kan ge en känsla av hopplöshet, skuld, sorg, förnedring och ensamhet. I avsaknad av bekräftelse på sitt värde som människa kan hon gå in i en värld bortom allt lidande

De anhöriga i resultatet tar upp känslan kring maktlöshet inför den sjukdom som deras familjemedlem har insjuknat i. Det är inte enbart de anhöriga som lider, utan den insjuknade lider lika mycket om inte ännu mer. Genom att de erkänt sitt lidande och sökt hjälp startat en ny process och ett nytt liv för dem alla. Det kommer också fram i studien att de anhöriga ofta har mycket skuldkänslor gentemot sin insjuknade familjemedlem samt upplever situationen som hopplös. Men genom att få bekräftelse på sitt lidande får de hjälp att bearbeta sitt lidande och de blir hela igen. De anhöriga upplever också en hopplöshet i sin situation. Många av de anhöriga har ofta stött på ilska, irritation, och förnekande vilket gjort att de känt sig maktlösa inför den situation de befunnit sig i. Efter att den insjuknade fått vård har många anhöriga varit frustrerade och haft skuldkänslor över att de inte känt igen symptomen på en psykisk sjukdom tidigare. Och upplevt att de förlängt lidandet för sin familjemedlem.

Detta stämmer överens med Erikssons (1994) syn på livslidande. Att vara patient eller uppleva ohälsa som berör hela människans livssituation innebär livslidande. Livslidande kan innebära allt från att känna hot mot ens totala existens, till en förlust av möjligheten att fullfölja något planerat. Lidandet inom livslidandet är relaterat till allt vad det kan innebära att leva och vara en människa bland alla andra. Hotet av förintelse, förtvivlan och rädsla blandas med viljan till kamplust och liv. Den totala livssituationen för en människa kan förändras på många olika sätt. Genom ett fysiskt lidande eller en plötslig, påtvingad förändring som strider mot det naturliga gör att människan behöver tid för att hitta nya meningssammanhang. En människa som upplevt sig som hel kan också plötsligt känna att identiteten spricker och hon blir flera delar av ett upplöst inre.

## 8 Kritisk granskning

I det här kapitlet gör respondenten en kritisk granskning av lärdomsprovet. Respondenten kommer använda sig av Larssons (1994) tankar om kritisk granskning. Den kritiska granskningen delas in i tre delar, kvaliteter i framställningarna som helhet, kvaliteter i resultaten samt validitetskriterier.

### 8.1 Kvaliteter i framställning i dess helhet

Perspektivmedvetenhet innebär att man har en förståelse för det som ska undersökas. Det finns alltid en tolkning i allt meningsfullt tänkande och fakta är alltid perspektivberoende. Redan vid första mötet med det som ska tolkas har man en föreställning om vad det betyder, vilket innebär att man på så vis har en förförståelse. Genom att man klargör förförståelsen gör man utgångspunkten för tolkningen tydlig. På så vis undanhåller inte forskaren sitt perspektiv för läsaren. Forskaren kan redovisa sin förförståelse genom att delge personliga erfarenheter som varit betydelsefulla och relevanta för det som tolkats.

Eftersom jag redan har arbetat ett antal år inom psykiatrin upplever jag att jag till en viss del har kunskap om området. Men för att få en större förståelse för och fördjupa mig i området kring vilka upplevelser och känslor människan har kring att insjukna i psykisk ohälsa har jag fördjupat mig i ämnet genom att diskutera mycket med patienter på avdelningen där jag arbetar. Jag har också alltid tyckt om att läsa självbiografier och se på verklighetsbaserade filmer som väckt min nyfikenhet ännu mera. Jag har också bläddrat i många tidningar och aktivt följt med i debatter och dagstidningar som handlat om ämnet psykisk ohälsa. Detta har hjälpt mig att öka min medvetenhet och förståelse inom området.

Etiskt värde är en viktig aspekt i en vetenskaplig studie för att den ska uppvisa en god etik. Anonymiteten är en viktig del inom forskningen för att man inte ska kunna identifiera personer, platser eller institutioner som deltagit i studien. Forskaren bör också komma ihåg att man inte erbjuder till läsaren förhastade slutsatser genom att peka ut någon viss grupp som orsak till något. Som forskare ska man alltid vara sanningsenlig och inte ljuga eller sätta till något som är oväsentligt. Kvaliteter i vetenskapliga arbeten förutsätter att forskaren inte fuskar med vad han själv uppfattar som sant. Till det som måste räknas in i kvaliteterna är att forskaren bör visa omsorg om dem som studerats samt om dem som drabbas av resultatet. Men man kan inte heller som forskare redogöra en osann redovisning

som kompensation till dem som deltagit. Om etisk hänsyn leder till att resultatet bli falskt bör man avstå från studien. (Larsson, 1994, 173-174)

Eftersom jag har gjort en litteraturstudie har det inte framkommit några namn på någon person eller plats vilket gjort att jag inte har behövt fundera på att skydda mina informanter som jag refererat till i arbetet. Men något som jag hela tiden har varit tvungen till är att säkerställa att jag uppfattat och förstått den litteratur jag har använt mig av under studiens gång. En stor del av mina artiklar är på engelska varför jag använt mig av flera ordböcker för att få en så bra översättning och förståelse som möjligt. Bra skulle ha varit att använda mig av svenskspråkig litteratur, men då skulle jag ha haft känslan av att jag gjort studien i Sverige. Något som jag också är lite besviken på är att jag hittat så få studier som gjorts i Finland. För mig personligen så skulle jag ha fått mer information om hur läget är i vårt land. Detta gjorde att jag valde att ta med artiklar från andra länder för att få en större helhetsbild och mer material att analysera.

Att det finns harmoni mellan forskningsfrågor, datainsamling och analyser gör att man har en intern logik i sin studie. Forskningsfrågorna bör styra datainsamlingstekniken och analysen. Tanken med den interna logiken är att alla delar ska bli en helhet som alla enskilda delar kan relateras till (Larsson 1994,170)

Det här lärdomsprovet handlar om människans upplevelse och erfarenhet av att insjukna i psykisk ohälsa. Syftet var att med en teoretisk, kvalitativ litteraturstudie undersöka människans upplevelser och erfarenheter av att insjukna i psykisk ohälsa. Hur insjuknandet påverkar henne och hennes vardag fram till att hon får vård samt hur familjen påverkas av att en familjemedlem eller släkting insjuknar. Samtidigt ville jag också undersöka vad det är som påverkar att den insjuknade inte söker vård för sina symptom samt varifrån han/hon sökt hjälp. Som datainsamlingsmetod användes dokumentstudie och dataanalysmetoden var resuméartikel och innehållsanalys. Att använda mig av dokumentstudie i den här studien har varit svårt. Med facit i hand skulle jag nu i efterhand ha valt intervjustudie som analysmetod. Det har varit svårt att hitta dokumenterat material som tagit upp den problematik jag har undersökt. Men resultatet som jag har kommit fram till med att använda dokumentstudie är jag nöjd med. Enligt de resuméartiklar och den innehållsanalys jag använt mig av har jag kunnat tolka resultaten av mina forskningsrapporter. Trots att jag varit lite fundersam angående datainsamlingsmetoden har den gått att använda med tanke på mina frågeställningar men jag upplever att jag kunde ha



fått ett annat resultat genom intervjuer. Jag har haft svårt att få någon riktig harmoni genom hela forskningsresultatet och upplever även själv att den röda tråden ibland brister.

## 8.2 Kvaliteter i resultaten

Larsson (1994 172-173) tar upp att kvalitativa studier handlar om att resultaten gestaltar något på ett sätt så att en ny innebörd uppstår. En avgörande kvalitet är innebördsrikedomen som innebär att beskrivningarna ska vara rika på innebörd och att alla egna fördomar och teorier ska lämnas bort. Innebördsrikedomen är ett centralt värde för en kvalitativ metod.

Jag har i mitt examensarbete använt mig av 18 forskningsrapporter som behandlat människors upplevelser av att insjukna i psykisk ohälsa, förebyggande vård samt familjens upplevelser. En sammanfattning enligt teman och sammanhang har gjorts efter att jag läst igenom artiklarna och rapporterna. Jag har valt ut information som stämmer överens med syftet. Jag har sammanfogat materialet till en överskådlig helhet. Mina egna teorier och fördomar har jag lämnat utanför och försökt att se med så objektiva ögon som möjligt på de olika synvinklarna.

En god struktur som krav på resultatet kan ställas som motpol till innebördsrikedomen. Larsson tar upp att kravet är att man har en bra överskådlighet för att minska risken för att arbetet blir för komplicerat att förstå. Kravet är att det finns en röd tråd som går igenom hela arbetet och att man har en bra struktur på arbetet. Det innebär att man tydligt markerar vad som är huvudsak och vad som är bisak.

Jag har skrivit mitt examensarbete utgående från Yrkeshögskolan Novias anvisningar för lärdomsprov för att få en så bra överskådlighet som möjligt. Jag har försökt att hålla en vetenskaplig stil på mitt arbete samtidigt som jag även försökt se så objektivt på resultaten som möjligt. Texten har jag försökt att hålla lättläst samt bemödat mig om ett vårdat språk.

## 8.3 Validitetskriterier

Larsson (1994, 178) tar upp att när det handlar om validitetskriterier tar man upp huruvida påståenden och argument klarar sig vid en prövning mot andra alternativa påståenden och argument. Om det kommer fram att analysen producerat resultat som inte någon annan hittar avgörande svagheter hos så är arbetet av god kvalitet. Detta innebär att studien bör klara av en noggrann granskning av en annan forskare.

I mitt examensarbete har jag använt mig av godkända vetenskapliga artiklar också litteraturen är av enbart publicerad typ av erkända författare eller erkända forsknings- och utvecklingsinstituts hemsidor. Jag hoppas att mitt lärdomsprov är av god kvalitet och att det klarar en noggrann granskning.

Det pragmatiska kriteriet handlar om validitetskriterier där man tar upp betydelsen av konsekvenserna av det resultat som kommit fram i en kvalitativ studie. Det innebär att man ser hur forskaren har kunnat förmedla sitt resultat i praktiken samt tar upp vad resultatet har för betydelse i verkligheten. Det praktiskt- hermeneutiska intresset syftar till att förbättra kommunikationen. Larsson tar också upp det tekniska kunskapsintresset som följer av att validiteten ligger i att forskningen genererar resultatet (Larsson 1994, 185).

Jag hoppas att det resultat jag kommit fram till i min studie kan användas i praktiken. Resultatet kan användas i informationssyfte för t.ex. anhöriga, närstående eller till personal som arbetar med människor som inte har mental hälsovårdsutbildning i bakgrunden. Resultatet jag kommit fram till speglar samhället idag. Trots att informationsflödet är stort finns fortfarande även våra fördomar med som påverkar människan i processen att söka hjälp för sitt psykiska illabefinnande. Människan måste också lära sig att alla är lika mycket värda oberoende sjukdom eller inte. Jag hoppas att vi en dag, kommer att ha en mycket bra och välfungerande öppenvård, där man snabbt kan få hjälp och stöd när måendet inte är så bra.

Kravet på en kvalitativ forskning är att den ska ge ett nytt kunskapstillskott genom själva gestaltningen. En lyckad analys ger ett nytt sätt att se på verkligheten och gör att ett sammanhang av orimligheter kan relateras till något rimligt. Det speciella med kvalitativ forskning är att man ser upptäckandet som något som kan systematiseras. (Larsson, 1994,179)

I examensarbetet kommer det klart och tydligt fram hur människan upplever sitt insjuknande i psykisk ohälsa samt vad som påverkar att hon inte söker vård för sina symptom. Samtidigt kommer det också fram att trots det otroligt stora informationsflödet vi har idag så finns det många människor ute i vårt samhälle som inte känner igen symptom på en psykisk sjukdom.

## 9 Diskussion

För mig har det här examensarbetet varit ett intressant arbete. Jag har fått mycket nytt material att arbeta med samt en ökad kunskap om och förståelse för problematiken psykisk ohälsa. Jag tror att vi som sjuksötare kan hjälpa människan när han eller hon har det svårt och känner sig vilsen genom att vara uppmärksamma och se henne i den situation hon för tillfället är.

Detta examensarbete är baserat på enbart teoretiskt material. Syftet med arbetet var att genom en teoretisk kvalitativ litteraturstudie undersöka människans upplevelse av att insjukna i psykisk ohälsa. Examensarbetet fokuserades på hur individen påverkas vid ett insjuknande och tiden mellan insjuknandet och till att han/hon får vård för sina symptom. Detta är ett aktuellt ämne i dag med tanke på att det alltmera diskuteras kring att den psykiatriska öppenvården behöver utvecklas, samt att det allt mera skärs ner på avdelningsplatser inom specialsjukvården. Jag önskade genom att skriva det här arbetet öka min egen yrkeskunskap inom ämnet samt även medvetandegöra andra om ämnet och den problematik som finns kring det.

Begreppen hälsa och ohälsa finns det ingen egentlig definition på. Gränsen mellan dessa är ofta flytande men enligt WHO är hälsa ett tillstånd, som inte enbart präglas av frånvaro av sjukdom utan även ett psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande (Blume, Sigling, 2008). För den enskilda människan är den egna upplevelsen av frisk eller sjuk det viktiga. Att kunna stå på egna ben, förverkliga och utveckla sig själv inom något område är en faktor som påverkar människans psykiska hälsa. För människan är det viktigt att klara av att hantera med- och motgångar i det vardagliga livet samt ta emot och ge kärlek och vänskap. Vi människor behöver också ett stödjande nätverk runtomkring oss. I inledningen till detta lärdomsprov kommer det fram att under 2000-talet har avdelningsvården inom den psykiatriska specialsjukvården minskat medan besöken i öppenvården ökat. I medeltal har både vårdperioder och avdelningsvårds perioder minskat. Sedan år 2006 har öppenvårdsbesöken ökat med 17 procent. År 2010 var det ca 155 000 patienter som använde sig av specialsjukvårdens tjänster inom psykiatrin med nästan 1,5 miljoner vård dagar, medan öppenvården hade över 1,6 miljoner besök för år 2010 (Stakes, 2012).

Trots att besöken i öppenvården ständigt tilltar görs det mycket få forskningar om den psykiatriska öppenvården och dess tillgänglighet. Artiklar om att insjukna i psykos har jag lättare hittat genom att det är ett ämne som är lättare att studera än andra psykiska sjukdomars symptom som kan vara mera diffusa, vilket gjort att artiklar som tar upp annan problematik kring psykisk ohälsa har varit svåra att hitta. Det kommer också fram i nästan varje artikel att det skulle behövas mera forskning om primärvårdens tjänster och hur de insjuknade upplever att de får vård inom primärvården.

Efter att ha gjort den här studien håller jag personligen med Etheridge, Yarrow och Peet (2004) och Tanskanen, Morant, Hinton, Lloyd-Evans, Crosby, Killaspy, Raine, Pilling, och Johnson (2011). De tar i sina studier upp att det finns flera orsaker till att det sker en fördröjning av vården. Samtidigt som många av de insjuknade har kunnat lida i flera månader eller år innan de fått professionell vård för sina symptom. De tar även upp att dessa människor ofta flera gånger sökt sig till primärvården för sina symptom utan att de psykotiska symptomen känts igen. Det kommer fram att många inte berättar om sin psykiska ohälsa för sina läkare utan framför sina symptom mera som fysisk smärta. Därför skulle det primära arbetet tillsammans med en bättre intervention utvecklas. Detta har även tagits upp i andra artiklar.

I tolkningen har jag kommit fram till orsaker som gör att en person som insjuknar i psykisk ohälsa inte söker sig till vård för att de inte känner igen symptomen. Många tror att det är något normalt, eller att symptomen ska försvinna med tiden eller att det inte finns någon hjälp att få. Andra strategier har varit att ignorera tecknen och symptomen på psykos. Många har tagit upp att de försökt dölja symptomen från andra som en barriär för att söka hjälp eller för att inte oroa sina anhöriga vilket gjort att de drar sig tillbaka från omgivningen och isolerar sig för att ingen ska märka av att de blivit annorlunda. Vid kontakt med andra har det gått åt mycket resurser för att verka så normal som möjligt. De insjuknade har också varit omedvetna om hur de ska gå tillväga eller vart de ska vända sig för att få hjälp. Man har varit rädd för att få negativa reaktioner från omgivningen samtidigt som man också haft rädslor angående den mentala hälsovårdsservicen. Det som också kan påverka att man inte söker sig till vård är ekonomiska orsaker, eller att man blivit för sjuk för att själv söka hjälp. Det kommer också fram, trots att man medgett att man har ett behov av hjälp och vård så anser man inte sina problem vara ett psykiskt

hälsoproblem vilket gör att man inte söker vård för symptomen. Man har varit rädd att det ska uppstå sociala konsekvenser och att man ska bli stigmatiserad.

I tolkningen kom jag även fram till att oftast de första förändringarna anhöriga noterat hos den som insjuknat är förändringar i beteendet och tankeverksamheten, följt av att den insjuknade börjar undvika kontakt med familjen eller isolerar sig från omvärlden. Märkligt beteende samt bisarrt tankemönster har också ofta tagits upp som ett tidigt tecken. Annat som rapporterats är personlighetsförändring, aggressivitet, självskadebeteende, missbruk och paranoida tankar. Många av de anhöriga har upplevt problem med att de inte vetat hur de ska gå tillväga eller varifrån de ska söka hjälp. Många gånger har försöken att få hjälp förhindrats av brist på kunskap om vem man ska söka sig till samt ohjälpsam respons från personal inom vården.

Det som jag själv reagerat starkt på är att både insjuknade och anhöriga i många artiklar rapporterat att de upplevt att de inte fått förståelse eller blivit hörda. Föräldrar som redan i yngre år märkt förändringar i sitt barns beteende har fått som svar att problematiken är ett tonårsupptåg, vilket sedan gjort att utvecklingen av psykosen har haft ett långt förlopp. Trots detta bör man också komma ihåg att ungdomar ofta söker sin identitet under de åren vilket klart försvårar igenkännandet av psykisk ohälsa. Många anhöriga tar upp frustration och skuld känslor över att de inte känt igen tecknen på psykisk ohälsa och har därför upplevt att de förlängt lidandet för sin familjemedlem.

Eftersom psykisk ohälsa idag ökar markant och långtidssjukdrivningar är vanliga p.g.a. psykisk ohälsa behövs det mera forskning inom området. Interventionsprogram bör utvecklas för att man ska kunna fånga upp personer som är i riskzonen så att man kan inleda ett förebyggande arbete. Det kommer också fram i studien att många upplevt att de inte har tillräckligt med kunskap om symptom och tecken på psykisk ohälsa vilket gör att även informationsflödet borde vara större än vad det är idag. I en artikel har det tagits upp som ett exempel att man skulle kunna ha självskattningsskalor i väntrummen för att medvetandegöra personerna som kunde hjälpa till i diagnostiken. Samtidigt som det förhoppningsvis också skulle uppmuntra personer som är i riskzonen ta upp sin problematik med sin läkare. En intressant forskning skulle vara personers upplevelser och erfarenheter av den öppna vården. Eftersom det idag finns ett stort antal personer som använder sig av öppenvårdens tjänster och klarar av att leva ett vardagligt liv med det stödet de får därifrån vilket förhindrar att måendet blir så dåligt att man behöver

specialsjukvård. Dessa personer vet vi mycket lite om och genom att man göra en sådan studie skulle man kanske kunna få mera kunskap och utveckla det förebyggande arbetet ännu mera. Personligen skulle jag gärna fortsätta forska inom området om människans upplevelser av att insjukna i psykisk ohälsa och vad som gör att man inte söker vård för sina symptom.

.

## Litteratur

Addington, J. Van Mastrigt, S. Hutchinson, J. Addington, D. (2002), Pathways to care: help seeking behavior in first episode psychosis, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002:106:358-364.

Allgulander, C. & Nilsson, B. (2003) Var fjärde patient lider av ångest och depression. *Läkartidningen*, nr 10 vol 100, 832-838

Arvidsson, B. Skärsäter, I. (2010), *Psykiatrisk omvårdnad, - att stödja hälsofrämjande processer*, Lund: Studentlitteratur.

Bell, J. (1993). *Introduktion till forskningsmetodik*, Lund: Studentlitteratur.

Björkman, T. Angelman, T, Jönsson, M. (2008), Attitudes towards people with mental illness: a cross – sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care, *Journal Complication, Nordic College of Caring Science* 22;170-177.

Blomberg, B. Hedelin, B. (2007), Att få personlig vägledning, - patienters erfarenheter av mötet med en psykiatrisjuksköterska inom primärvården. *Vård i Norden*, 2/2007, No 84 Vol. 27, 25-29

Blume, B. Sigling, I-L. (2008), *Psykiatrins ABC*, Tredje upplagan, Stockholm, Liber

Boydell, K. Gladstone, B. Volpe, T. (2006), Understanding help seeking delay in the prodrome to first episode psychosis, A secondary analysis of the perspectives of young people, *Psychiatric Rehabilitation Journal, Toronto Canada*, 54-60.

Ejvegård, R. (2003). *Vetenskaplig metod*, Lund: Studentlitteratur.

Eriksson K, (1994) *Den lidande människan*, Åbo Akademi

Etheridge, K. Yarrow, L. Peet, M. (2004), Pathways to care in first episode psychosis, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 125-128.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra en systematisk litteraturstudie*, Stockholm: Natur & Kultur.

Fromm, E. (1969). *Hoppets revolution, till frågan om teknikens humanisering*, Rabén & Sjögren.

Glise, K. (2007), Stressrelaterad psykisk ohälsa – hur ser problemet ut? *Socialmedicinsk tidskrift* 2/2007: 94-101

Heiskanen, T. Salonen, K. Kitchener, B. Jorm, A. (2006), *Handbok i psykiska första hjälpen*, Österbotten - projektet Föreningen för Mental Hälsa i Finland

Institutet för hälsa och välfärd, (2007), *Vad är psykisk ohälsa*, (hämtat 10.11.2011)

Jormfeldt, H. & Svedberg, P. (2010), *Perspektiv på hälsa och ohälsa i psykiatriks omvårdnad*, Ingår i Wiklund- Gustin, L.(red), (2010) *Vårdande vid psykisk ohälsa*, - på avancerad nivå, Polen: Studentlitteratur

Judge, A. Perkins, D. Nieri, J. & Penn, D. (2005), Pathways to care in first episode psychosis: A pilot study on help-seeking precipitants and barriers to care, *Journal of Mental health*, 14(5):465-469.

Judge, A. Estroff, S. Perkins, D, Penn, D. (2008) Recognizing and responding to early psychosis: A qualitative analysis of individual narratives, *Psychiatric services doi: 10.1176/appi.ps.59.1.96*.

Kalla, O. Aaltonen, J. Wahlström, J. Lehtinen, V. García Cabeza, I. González de Chávez, M. (2002), Duration of untreated psychosis and its correlates in first-episode psychosis in Finland and Spain, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002: 106: 265-275

Kallioinen, M. Bernhardsson, J. Grohp, M. Lisspers, J. Sundin, Ö. (2010) Psykisk ohälsa stort problem hos primärvårdens patienter, *Läkartidningen* 2010-06-08 nummer 23

Kirkevold, M. (1996) *Oversiktsartikler – et middel for å fremme integrasjon av sykepleieforskning*, Ingår i: Bjerkreim, T. Mathisen, J. & Nord, R (red) *Visjon viten och virke*, oslo univeristetsforlag



Kirkevold, M (1997) Integrative nursing research – an important strategy to further the development of nursing science and nursing practice, *Journal of Advanced Nursing*, 25, 977-984

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. Sisällön analyysi, (1998), *Hoitotiede Vol 11, no 1/-99*, 3-12

Lamph, G. (2010), Early psychosis: raising awareness among non-mental health nurses, *art & science, Nursing standard* 24, 47, 35-40.

Larsson, S. (1994) *Om kvalitetskriterier I kvalitativa studier*, Ingår i Starrin, B. & Svensson, P-G (red), *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*, studentlitteratur

Ottosson, J-O. Ottosson, H. Ottosson, M. Åsgård, U. (2010), *Akut psykiatri*, Fjärde upplagan, Liber: Stockholm

Patel, R. & Tebelius U. (1987), *Grundbok i forskningsmetodik (red)*, Studentlitteratur

Piscator, R. Nyström M. (2007), Att dra sig tillbaka från omgivningen, *Vård i Norden, Publ.no. 83, Vol. 27, No.1 PP. 31-36*

Rhensfeldt, A. (2010), *Livsförståelse som utgångspunkt för patientens perspektiv*, Ingår i Wiklund- Gustin, L, (red), (2010) *Vårdande vid psykisk ohälsa, - på avancerad nivå*, Polen: Studentlitteratur

Rüdel, K. Bhui, K. Priebe, S. (2008), Do 'alternative' help-seeking strategies affect primary care service use? A survey of help-seeking for mental distress, *BMC Public Health* 2008, 8:207, 1-10

Skårderud, F. Haugsgjerd, S. Stänicke, E. (2010), *Psykiatri, själ - kropp – samhälle*, Första upplagan, Liber: Stockholm

Stakes, (2012), *Psykiatrin erikoissairaanhoito, 2010*, (hämtat 15.4.212)

Tanskanen, S. Morant, N. Hinton, M. Lloyd-Evans, B. Crosby, M. Killaspy, H. Raine, R. Pilling, S. Johnson, S. (2011), Service user and carer experience of seeking help for a first episode of psychosis: a UK qualitative study, *BMC Psychiatry*, 2011, 11:157

Tunsäter, A. Bjermer, L. (2011) Psykisk ohälsa vid astma och allergi, *Allergi i praksis*, 3/2011, 6-10

Välittäjä (2009) – *hanke*, (hämtat 29.09.2011)

Zartaloudi, A. Madianos, M. (2010), Mental Health Treatment Fearfulness and Help-Seeking, *Mental Health Nursing*, 31: 662-669

Åsberg, M. Grape, T. Krakau, I. Nygren, Å. Rodhe, M. Wahlberg, A. Währborg, P. (2010), Stress som orsak till psykisk ohälsa, *Läkartidningen nr 19-20 vol 107*

Författare	Syfte	Metod	Resultat
Addington, J. Van Mastricht, S. Hutchinson, J. Addington, D. (2002)	Syftet med studien var att få ökad förståelse för typen av fördröjning av behandling i inledningen av en psykotisk episod. Studien kom att utforska den oro som gör att individer söker vård för sina symptom och vilka vägar individer använder sig av. Samt den oro och kontakt som leder till en framgångsrik behandling.	Studien är en intervjustudie där 86 personer deltagit. De intervjuade har haft schizofrena symptom med ett omfattande program för tidig vård av psykoser. Intervjuer gjordes med både patienter och deras anhöriga.	I studien kom man fram till trots att de insjuknade hade insett att de är sjuka hade de inte sökt sig till vård före symptomen blivit till den grad att de längre inte kunde hantera dem. De insjuknade hade sökt sig till vård först när symptomen gått till den grad att hallucinationer, depression vanföreställningar eller självmordtankar hade uppkommit. De flesta hade sökt sig till sin familjeläkare i första hand för att få hjälp. Oftast var det de anhöriga som tog initiativet till att ta kontakt med vårpersonal i första skedet, än patienten själv. Trots tidigare kontakter så var det ofta via den akuta servicen som den insjuknade fick hjälp att hitta lämplig vård för sin psykos.
Allgulander, C. Nilsson, B. (2003)	Syftet med studien var att uppskatta och jämföra prevalensen av obehandlad generaliserad ångest och depression inom primärvården i hela Sverige,	En rikstäckande primärvårdsstudie. En studie där patienter besvarat självskattningsskalor om ångest och depression i väntrummen..	De flesta av läkarna ansåg sig kunna diagnosticera och behandla patienter med generaliserad ångest och depression. De flesta tyckte att det var givande trots att det också kunde kännas krävande. Angående patienterna så överensstämmer symptomen med pågående generaliserad ångest och depression. Ångest och depression förekom hos 12,5 % av deltagarna(1348patienter). Dessutom hade 10,5 procent en pågående psykofarmaka behandling för just ångest och depression. Hjälpmedel för självskattningsskalor har utvecklats men läkarna tar upp att de inte används som något effektivt hjälpmedel.

Författare	Syfte	Metod	Resultat
Björkman, T. Angelman, T. Jönsson, M. (2008)	Syftet med studien var att undersöka attityder till patienter med psykisk ohälsa bland sjukskötare inom psykiatriska och den somatiska vården.	Studien är en tvärsnittlig studie där 120 sjukskötare intervjuats. En kvalitativ studie.	i resultatet kommer det fram att sjukskötare inom den somatiska vården har en högre grad av rädslor och negativa attityder till personer med psykisk ohälsa än sjukskötare inom psykiatriska vården. Negativa attityder har rapporterats till personer med schizofreni. I kontrast till professionell erfarenhet, så var intimiteten till psykisk ohälsa och typ av vårdorganisation mer relaterat till attityderna till specifika sjukdomar beträffande förbättrade möjligheter till behandling och utsikt för ett tillfrisknande.
Blomberg, B. Hedelin, B. (2007)	Syftet med studien var att få en djupare förståelse för patienters erfarenheter angående mötet med psykiatrisjuksköterskan inom primärvården.	En kvalitativ undersökning som baseras på intervjuer med 19 personer med depression, ångestillstånd, stress- och relationsproblematik. Av de intervjuade var 13 kvinnor i åldern 29-56 år och sex män i åldern 31-60 år.	Psykiatrisjuksköterskan sågs som en unik och kunnig person som gav stöd, kunskap, tid och närhet men överlämnade hälsoarbetet till patienten. Patienterna upplevde att de blev sedda och respekterade av henne och relaterades till den tid som sjuksköterskan gav dem. Patienterna tog också upp vikten av att det var lätt att få kontakt med henne via telefon. Tiden som avsattes för klienten upplevdes både tillräcklig och kvalitetsmässigt värdefull. Närståendes behov av stöd och hjälp har ökat på senare tid samt att det finns ett ökat behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser även för personer som inte söker hjälp själv för sina besvär. Resultatet av studien visar att psykiatrisjuksköterskans hälsofrämjande arbete inom primärvården uppfattas som ett värdefullt komplement till övriga insatser av patienten.

Författare	Syfte	Metod	Resultat
Boydell, K. Gladstone B. Volpe, T. (2006)	Syftet med studien var att få bättre förståelse för de faktorer som är involverade i beslutet att söka hjälp hos den mentala hälsovården.	Studien är en sekundär analys av kvalitativ data. Det ställdes nya frågor angående hjälpsökningsprocessen till det gamla materialet som baserats på intervjuer med 7 män och en kvinna som upplevts för första gången en psykos.	I resultatet kommer man fram till att enskilda strategier för att ignorera tecken och symptom på psykos är vanligt. Att den insjuknade försöker dölja symptomen för andra fungerade också som ett hinder för att söka hjälp. Man kom också fram till att, för att få hjälp att söka vård påverkades det sociala nätverket i personens liv.
Etheridge, K. Yarrow, L. Peet, M. (2004)	Syftet med studien var att informera om utvecklingen av lämplig lokal service för tidig intervention av psykoser. En överblick ledd av erfarenheter av vårdtagare och deras närstående vid tiden för när symptomen på psykos först noterades.	Intervjustudie där både vårdtagare och närstående deltog. Av vårdtagarna var 7 kvinnor och 11 män. De närstående var 12 stycken och alla av dem hade någon släkting som varit i kontakt med den mentala hälsovården för första gången. Alla de närstående var föräldrar.	Resultatet med den här lilla lokala studien var att personerna som deltog fick användning av studien genom att de fick vård för sina symptom. Både vårdtagare och anhöriga i studien kände igen tidiga tecken och symptom på psykos, men var ofta frustrerade över försöken att få hjälp. Speciellt för att de hade brist på kunskap om varifrån man kan söka hjälp. De tog även upp att de fått ohjälpsam respons från vårdpersonal i primärvården. Studien har gjort att det fanns möjlighet att starta lokal service för vårdtagare och angöriga med behov av stöd och hjälp.

Författare	Syfte	Metod	Resultat
Glise, K. (2011)	Syftet med studien är att ta upp problemet kring stressrelaterad psykisk ohälsa och för att hitta förebyggande åtgärder för att fånga upp människor med ökad risk för stressrelaterad ohälsa.	Studien baseras på andra forskning kring stressrelaterad psykisk ohälsa. Socialmedicinsk tidskrift.	I studien kommer man fram till att förhållandet på arbetsplatsen, den sociala situationen och individuella faktorer är väsentliga i utvecklingen av stressrelaterad psykisk ohälsa. Individerna som upplever symptom på stress har ofta sökt sig flera gånger till primärvården för sina symptom. Rätt diagnos är central för att få rätt behandling, minska belastningen och öka individens resurser. Man kommer även fram till att det blir allt viktigare att fånga upp de personer som är i riskzonen och använda sig av förebyggande åtgärder för att förhindra ett insjuknande.
Judge, A. Perkins, D. Nieri, J. Penn, (2005)	Syftet med studien var att undersöka utvecklingen av obehandlad psykos i första episoden av psykos. Samt att beskriva utfallet av hjälpsöknings försök och identifiera barriärer som påverkar för att uppnå en tillräcklig vård.	Studien är en pilotstudie där 20 personer intervjuats i sin första episod av psykos. En strukturerad intervju.	I resultatet kommer man fram till att många av iformaterna har sökt sig till vård flera gånger före symptomen blivit så allvarliga att det krävdes avdelningsvård. Hälften av deltagarna har rapporterat aggressivt beteende, både mot sig själv som mot andra vid tiden för insjuknandet. Det mest vanligaste hindret för att individen skulle få behandling var att man misslyckats i att känna igen förändringarna i den insjuknades beteende som en del av psykisk sjukdom.
Judge, A. Estroff, S. Perkins, D. Penn, D. (2008)	Syftet med studien var att undersöka den narrativa processen som gör att individen förstår sin psykos. Studien är den första som utforskar dessa processer i relation till hjälpsökande i ett amerikanskt urval.	Studien är en kvalitativ studie där man förklarar två olika dimensioner i hjälpsökningsbeteendet.	I resultatet kom man fram till att de insjuknade kände igen förändringarna i dem själva men tenderade att inte förstå att de observerbara förändringarna var en del av en psykisk sjukdom. Orsaken till att informanterna inte sökt hjälp för sina symptom var rädsla för stigmatisering, Identifiera områden av återhämtning ut över kontroll av symptom och medicinering.

Författare	Syfte	Metod	Resultat
Kalla, O. Aaltonen, J. Wahlström, J. Lehtinen, V. Cabeza, G. González de Chávez, M. (2002)	Syftet med studien var att undersöka sambandet av utveckling av obehandlade psykoser med tidigt förlopp som är karakteristiskt vid första episoden av psykos i Finland och Spanien.	Studien är ett samarbete med en långsgående studie mellan Finland och Spanien. Studien är en pågående studie där uppföljning sker med 2 och 5 års mellanrum. I studien deltog 86 patienter totalt. 49 var från Finland och 37 var från Spanien.	Utvecklingen av obehandlad psykos uppskattades vara fyra månader för de finska patienterna och 9.9 månader för de spanska patienterna. Hos de finska patienterna är den uteslutande långa utvecklingen en motsvarighet med svagt nätverk sedan tidigare, instabil yrkesmässig identitet, lång varaktighet av prodromala symptom, psykologiska beroendet av familjen och patientens föräldrars kritik. Hos de spanska patienterna var den långa utvecklingen associerat med flera positiva symptom av erkännande. Kulturen spelar en stor roll in på hjälpsökningsprocessen i båda länderna samt kontakten till primärfamiljen.
Kallioinen, M. Bernhardsson, J Grohp, M Lisspers, J Sundin, Ö. (2010)	Syftet med studien var dels att undersöka hur många patienter som söker sig till primärt p.g.a. psykisk ohälsa inom primärvården. Samt kartlägga omfattningen av självrapporterade psykiska besvär bland patienter inom primärvården.	Studien gjordes som en enkätstudie under två veckor hösten 2008 på över 2000 patienter som besökt läkaren inom primärvården i Västernorrland.	I resultatet kommer man fram till att patienter inte berättar om sitt nedsatta psykiska välbefinnande till sina läkare inom primärvården. Vilket gör att omfattningen av psykisk ohälsa i primärvården är mindre känd, än de som söker sig till specialistsjukvården. Hälften av deltagarna hade värden på depressions- och ångestskalor över gränsvärdet för måttlig ångest eller depression. Det kommer fram i studien att 18,46 procent av de som deltog i studien angav psykisk ohälsa som unik orsak eller i samband med annan problematik som orsak till läkarbesöket. Forskarna tar upp risken med att den psykiska ohälsan kan ses som något sekundärt till annan sjukdom. Forskarna tar fram att ett mer utarbetat screeningsförfarande skulle vara av värde, men enbart om det kan kombineras med möjlighet att remitteras vidare till psykologisk kompetens.

Författare	Syfte	Metod	Resultat
Lamph, G. (2010)	Syftet med studien var att få en översikt av psykoser samt tecken och symptom av omständigheten.	Studien är en artikelstudie.	En tidig upptäckt av psykos är väsentlig för att förbättra prognosen vid ett insjuknande. Sjukskötare som arbetar inom vården men inte är specialiserad inom psykiatri har en stor roll i identifieringen av sjukdomstillståndet. Genom att känna igen tecken, förstå tillståndet samt symptomen på psykos, stärker vårdarens förtroende och möjlighet vid bedömningen av en patient med misstänkt psykos. Sjukskötaren bör konsultera den lokala psykiatrisjukskötaren för en tidig intervention och göra en lämplig remiss för ändamålet.
Piscator, R. Nyström, M. (2007)	Syftet med studien var att få kunskap om patienters erfarenheter och uppfattning om sitt insjuknande i första gången psykos.	Studien har en kvalitativ, fenomenologisk och hermeneutisk infallsvinkel.  Studien genomfördes med semistrukturerade intervjuer där 19 patienter bads beskriva och kvantifiera upplevelsen och värdet av använda narrativa metoder. Speciellt med hänvisning till erkännande, deltagande och självförståelse.	Terapeuterna och patienterna samarbetade med en kronologisk livskurva. Studien visade att patienternas upplevelse av erkännande under rekonstruktionen av livshistorien främjade den intersubjektiva delningen i samtalet. Genom att systematiskt använda sig av kronologiska livskurvan understöddes patienternas styrkte deras egenskaper till deras livshistorier. Patienternas självförståelse ökade genom upplevelsen av sammanhangen i tid och rum. De fick hjälp till att erkänna sitt lidande och ökad kunskap om den egna sårbarheten. Bemästringen och möjligheterna gav några av patienterna en känsla av att vara starkare.



Författare	Syfte	Metod	Resultat
<p>Rüdel ,K. Bhui, K. Priebe, S.  (2008)</p>	<p>Syftet med studien var att analysera och beskriva omständigheter bakom och erfarenheter hos svårt mentalt sjuka personers tillbakadragande. Studien baseras på patientens eget perspektiv.</p>	<p>Intervjustudie där 6 personer mellan 31-57 år intervjuades. 2 kvinnor och 4 män deltog i studien. Studien baseras på psykiskt funktionshindrades egna erfarenheter.</p>	<p>Faktorer som orsakade ett tillbakadragande från omgivningen hos personer med psykisk sjukdom var för låg medicinkoncentration, alkohol, sömnbrist, ångest och oro. Tiden som personerna dragit sig tillbaka från omgivningen varierade från timmar till månader men vanligast var det några dagar. Tillbakadragandet var fyllt av strategier och överväganden som kändes rationella och nödvändiga just för den stunden. Tillbakadragandet kunde användas som skydd mot stressfaktorer som kom från yttre världen. Men även som ett skydd mot ett inre intryck där det ingick skuld känslor, oarbetad sorg, aggressivitet eller hos de personer som led av psykosjukdomar som ibland kunde ta över. Personerna som hade problem med mellanmänniska relationer drog sig också tillbaka p.g.a. en känsla av utanförskap när de hade känslan av att vara annorlunda.</p>

Författare	Syfte	Metod	Resultat
Tanskanen, S. Morant, N. Hinton, M. Lloyd-Evans, B. Crosby, M. Killaspy, H. Raine, R. Pilling, S. Johnson, S. (2011)	Syftet med studien var att undersöka mönstret med hjälp söknings strategier som svar på erfarenheter av psykisk ohälsa. Undersöka människors syn på hjälpsamhet av den medicinska servicen. Samt till sist fastställa om användningen av alternativ service korrelerar med mindre användning av medicinsk service.	Studien är en undersökningsartikel där man intervjuat personer från tre olika etniska grupper i östra London. En kvalitativ studie.	I studien kom man fram till att alternativa sätt att söka hjälp för sin psykiska ohälsa var att prata med familjen, använda sig av traditionella helare och svårighetsgraden av ohälsan var positivt associerat med primärvårdstjänster. Valet av sätt att söka hjälp influerades av etnisk bakgrund, men var mindre viktigt i uppfattningen om deras hjälpsamhet.  Användningen av alternativa hjälpsökningsmetoder var allmänt använda i alla de etniska grupperna. En stor del av informanterna trodde att psykisk ohälsa inte kunde lösas eller hur man kunde lösa problemet.
Tunsäter, A. Bjermer, L. (2011)	Syftet med studien var att undersöka vårdtagare och anhörigas erfarenheter av insjuknandet i psykos och hjälpsökandet i två innerstäder i London samt identifiera potentiella tidigare vägar till mentala hälsoservicen.	Studien gjordes genom intervju med både service tagare och anhöriga som varit i kontakt med samhällsorganisationer under tiden för insjuknandet. Tematisk analys av intervjuernas svar genomfördes. En kvalitativ studie.	Som resultat fick man fram i studien att det fanns åtskilliga hinder för snabb vård av obehandlad psykos. Hjälp söktes oftast inte före vid kritiska punkten, trots betydande lidande . Den insjuknades upplevelse och symptom var oftast den sista att känna igen dem som ett symptom på psykisk sjukdom. Genom studien har man kommit fram till att om man prioriterar en tidig interventions service kan man reducera varaktigheten av obehandlade psykoser samt fördröjningen av att hjälpsökandet för sina symptom.

Författare	Syfte	Metod	Resultat
Zartaloudi, A. Madianos, M. (2010)	Syftet med studien är att belysa sambanden mellan astma, ångest, depression, astmakontroller och hälsorelaterad livskvalitet.	Studien har gjorts med validerade frågeformulär under många år.	Genom studien med de validerade frågeformulären under de senaste årens forskning har man börjat kunna se klara samband mellan psykisk ohälsa och dålig astmakontroll, låg livskvalitet samt dålig följsamhet till behandling. Den slutliga frågan om psykisk ohälsa försämrar astman, eller om den dåliga kontrollerade astman ger psykisk ohälsa är inte slutgiltigt besvarad. Det finns argument för båda riktningarna. Forskningen visar att det finns upp till sex gånger mera astmatiker som har ångest och depression än hos icke astmatiker. Sammanfattningen är att vårdgivaren bör ta hänsyn till eventuell psykisk ohälsa hos astmapatienten för att uppnå optimal astmakontroll och livskvalitet.
Åsberg, M, Grape, T. Krakau, I. Nygren, Å. Rodhe, M. Wahlberg, A. Währborg, P.(2010)	Syftet med studien var att ta upp sambandet mellan stress och psykisk ohälsa och hur de påverkar varandra.	En empirisk studie,	Man kommer fram i studien till att det behövs mera av empirisk forskning kring patientgrupper där stressen är en orsak till den psykiska ohälsan. Gränsdragningen mellan vad som är normal och inte normal stress är svårt. De kommer även fram till att användning av diagnoskriterier och validerade skattningsskalor skulle kunna underlätta diagnosarbetet. De tar även upp att det vetenskapliga underlaget är litet för det här området. Detta för att det görs få forskningar inom primärvården som belyser det här området.

**Fem frågor som kan ställas till primärvårdspatienter:**

Har du känt dig så ängslig och orolig att du för det mesta haft svårt att hantera, kontrollera eller avleda dessa känslor?

Har du ofta haft oväntade panikattacker?

Har du under de senaste två veckorna känt sig bedrövad, nedslagen eller deprimerad större delen av dagen?

Har du tappat intresset för så gott som allt, eller inte kunnat glädjas åt sådant som du vanligen gläds åt?

Har du haft svårt att koncentrera dig (t.ex. att läsa eller se på tv), eller haft svårt att fatta vardagliga beslut.