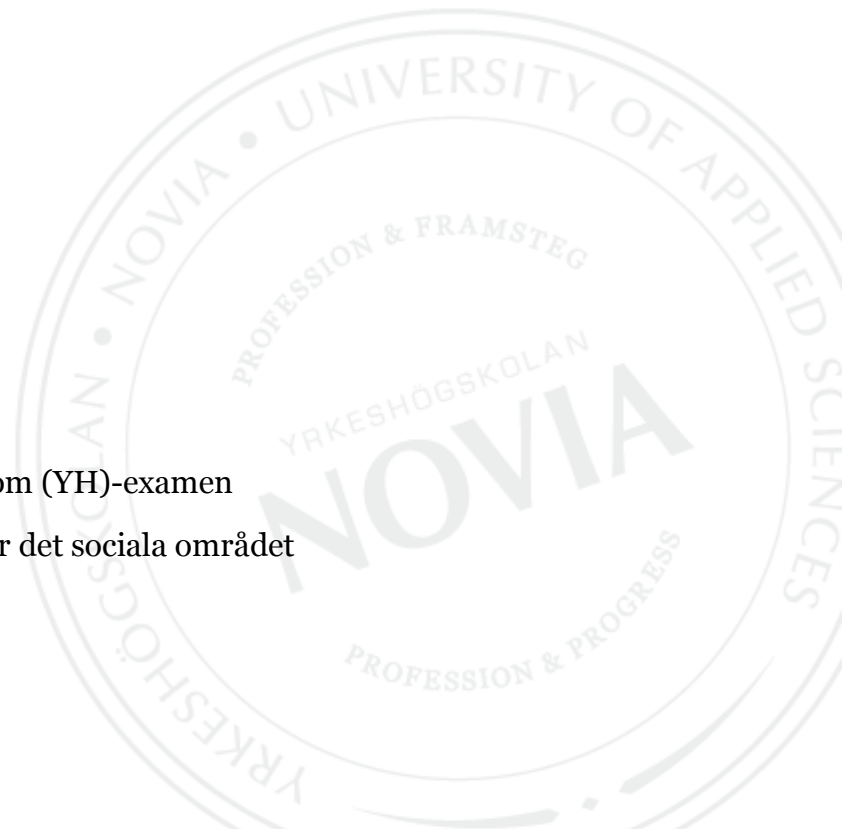


# **”Som att åka bergochdalbana”**

**En kvalitativ studie om upplevelserna av att vara anhörig till en person med psykisk ohälsa**

Heidi Hahto

Examensarbete för Socionom (YH)-examen  
Utbildningsprogrammet för det sociala området  
Vasa 2015



## EXAMENSARBETE

Författare: Heidi Hahto  
Utbildningsprogram och ort: Det sociala området, Vasa  
Inriktningalternativ/Fördjupning: Kriminologi, missbruk och metodik  
Handledare: Sonja Kurtén-Vartio  
Ralf Lillbacka

Titel: "Som att åka bergochdalbana" – En kvalitativ studie om upplevelserna av att vara anhörig till en person med psykisk ohälsa

---

Datum 25.4.2015

Sidantal 35

Bilagor 1

---

### Abstrakt

Syftet med lärdomsprovet är att undersöka hur det upplevs att vara anhörig till en person med psykisk ohälsa. Lärdomsprovets centrala frågeställningar är: Hur påverkas man som anhörig till en person med psykisk ohälsa? Vilka stödformer finns tillgängliga för någon som är anhörig till en person med psykisk ohälsa och vad saknas?

I den teoretiska delen förklaras vem som är anhörig till en person med psykisk ohälsa, hur anhöriga kan uppleva situationen samt vilka olika stödformer som finns tillgängliga. Den teoretiska delen behandlar även hur det är att hamna i en kris på grund av en familjemedlems psykiska ohälsa och på vilket sätt man kan stödja en person i kris.

Undersökningen genomfördes via kvalitativa intervjuer med fyra personer som är anhöriga till någon med psykisk ohälsa. Undersökningen visade att hur anhöriga upplever situationen kan variera från person till person, samtliga upplever dock någonting utmanande eller svårt med att vara anhörig till en person med psykisk ohälsa. I undersökningen framkom också att den information anhöriga får ta del av är bristfällig.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: psykisk ohälsa, upplevelser, anhörig

---

## OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Heidi Hahto  
Koulutusohjelma ja paikkakunta: Sosiaalinen ala, Vaasa  
Suunatutumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Kriminologia, riippuvuus ja menetelmät  
Ohjaajat: Sonja Kurtén-Vartio  
Ralf Lillbacka

Nimike: "Kun ajelisi vuoristoradalla" – laadullinen tutkimus kokemuksista mielenterveysongelman lähiomaisena olemisesta

---

Päivämäärä 25.4.2015

Sivumäärä 35

Liitteet 1

---

### Tiivistelmä

Opinnäytetyön tarkoitus on tutkia miten mielenterveysongelman lähiomainen kokee tilanteen. Opinnäytetyön keskeiset teemat ovat: Miten mielenterveysongelmallisuus vaikuttaa lähiomaiseen? Minkälaisia tutkimuotoja on mielenterveysongelman lähiomaisen käytettävissä ja mitä puuttuu?

Teoreettisessa osiossa selitetään kuka on mielenterveysongelman lähiomainen, miten lähiomaiset voivat kokea tilanteen ja minkälaisia tutkimuotoja on käytettävissä. Teoreettinen osio käsittelee myös minkälaista on joutua kriisitilanteeseen perheenjäsenen mielenterveysongelmien takia ja miten kriisissä olevaa henkilöä voidaan tukea.

Tutkimus tehtiin laadullisten haastattelujen avulla, neljä mielenterveysongelman lähiomaista haastateltiin. Tutkimus osoitti, että lähiomaisen reaktio tilanteeseen vaihtelee henkilöstä toiseen. Kaikki kokevat kuitenkin, että mielenterveysongelman lähiomaisena olemisen on jollakin tavalla haastava tai vaikea. Tutkimuksessa ilmeni myös, että lähiomaisten saama tieto on puutteellinen.

---

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: mielenterveysongelma, kokemukset, lähiomaiset

---

## BACHELOR'S THESIS

Author: Heidi Hahto  
Degree Programme: Social welfare, Vaasa  
Specialization: Criminology, addiction and methodology  
Supervisors: Sonja Kurtén-Vartio  
Ralf Lillbacka

Title: "Like riding a roller coaster" – A qualitative study on the experiences of being a relative of a person with mental illness.

---

Date 25.4.2015                      Number of pages 35                      Appendices 1

---

### Summary

The purpose of this Bachelor's thesis is to examine how being a relative of a person with mental illness is perceived. The central questions of this thesis are: How are relatives of persons with mental illness affected? What forms of support are available for a relative of a person with mental illness and what are they missing?

The theoretical part of the thesis explains who is a relative to a person with mental illness, how relatives may experience the situation and what forms of support are available for relatives. The theoretical part also explains how it is perceived to be experiencing a crisis because of a relatives' mental illness and how you can support someone who is dealing with a crisis.

The study was performed through qualitative interviews with four persons who are relatives to someone with mental illness. It showed how relatives' experience the situation can vary from person to person, even though everybody perceived something challenging or difficult with being a relative to a person with mental illness. The study also showed that the information that are given to relatives is insufficient.

---

Language: Swedish                      Key words: mental illness, experiences, relative

---

## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Inledning</b> .....	1
<b>2</b>	<b>Syfte och centrala frågeställningar</b> .....	2
2.1	Avgränsningar .....	2
<b>3</b>	<b>Anhörig till en person med psykisk ohälsa</b> .....	2
3.1	Psykisk hälsa och psykisk ohälsa .....	2
3.2	Hur anhöriga påverkas .....	4
3.3	En familj i kris .....	6
<b>4</b>	<b>Anhörigstöd</b> .....	8
4.1	Anhörigas behov av stöd .....	8
4.2	Hur kan man stödja en person i kris? .....	9
4.3	Efter ett självmord .....	11
4.4	Individuella samtal som anhörigstöd .....	12
4.5	Självhjälpsgrupper .....	13
4.6	Rekreation .....	15
<b>5</b>	<b>Anhörigstöd i svenska Österbotten</b> .....	15
5.1	Svenska Österbottens anhörigförening .....	15
5.2	Övriga stödformer .....	17
<b>6</b>	<b>Sammanfattning av teoridelen</b> .....	18
<b>7</b>	<b>Undersökningens genomförande</b> .....	19
7.1	Metodval och val av respondenter .....	19
7.2	Datainsamling och sekretess .....	20
7.3	Analysmetod .....	20
<b>8</b>	<b>Resultatredovisning</b> .....	21
8.1	Hur anhöriga påverkas .....	21
8.2	Anhörigstöd .....	24

8.3	Vad som borde förbättras .....	25
8.4	Framtidssyn.....	26
<b>9</b>	<b>Slutdiskussion</b> .....	<b>28</b>
9.1	Undersökningens resultat och koppling till teorin.....	28
9.2	Kritisk granskning.....	30

## **Källförteckning**

### **Bilaga 1**

## 1 Inledning

Enligt World Federation for Mental Health (2015) drabbas en av fyra människor någon gång under sitt liv av psykisk ohälsa och förhållningsvis blir detta allt vanligare. Ändå finns det fortfarande idag en stark stigmatisering kring psykisk ohälsa vilket hindrar personer att söka hjälp när de mår dåligt.

När någon insjuknar i psykisk ohälsa påverkas inte bara den som drabbats, utan även personer i omgivningen. När en familjemedlem drabbas av psykisk ohälsa är det vanligt att det blir en kris för hela familjen. Oro, stress och sorg över själva sjukdomen, men även över hur framtiden kommer att se ut, är en börda som vanligtvis följer anhöriga till personer som lider av psykisk ohälsa.

En del anhöriga söker febrilt efter stöd och hjälp i den nya situationen medan andra gör allt för att dölja situationen och ogärna talar om vardagen. Att få kontakt med andra i liknande situationer, till exempel genom en stödförening, kan vara en stor lättnad och ett bra stöd i vardagen. Att få veta att man inte är ensam och att det finns någon som alltid finns där och lyssnar på en kan betyda allt i denna nya situation.

Jag har valt att undersöka hur anhöriga påverkas och vilka typer av stöd det finns att få som anhörig därför att de är en grupp som ofta glöms bort. Eftersom anhöriga också kan känna ett stort behov av stöd i denna nya livssituation hoppas jag att detta arbete ska hjälpa anhöriga klara av vardagen och hitta medel som kan stödja dem i denna situation. Jag önskar även att personer som genom sitt arbete kommer i kontakt med anhöriga kan ha nytta av lärdomsprovet genom att få en ökad förståelse för hur situationen kan påverka klientens anhöriga.

Jag har försökt samla ihop en så bred bild som möjligt av hur det upplevs att vara anhörig till någon som lider av psykisk ohälsa. Jag vill dock att du som läser detta ska vara medveten om att den information jag har samlat i detta arbete inte går att anpassa till alla enskilda situationer. Anhöriga kan reagera väldigt olika bland annat beroende på den psykiska ohälsans art, de erfarenheter de har sedan tidigare och det stöd de har runt om kring sig. Det är väldigt många saker som kan inverka till olika, unika reaktioner och det är vanligt att personer från samma familj också reagerar väldigt olika.

## **2 Syfte och centrala frågeställningar**

Syftet med denna studie är att undersöka hur det upplevs att vara anhörig till en person med psykisk ohälsa. Undersökningen utförs genom kvalitativa intervjuer med personer som har en anhörig som lider av psykisk ohälsa.

Lärdomsprovets centrala frågeställningar är:

1. Hur påverkas man som anhörig till en person med psykisk ohälsa?
2. Vilka stödformer finns tillgängliga för någon som är anhörig till en person med psykisk ohälsa och vad saknas?

### **2.1 Avgränsningar**

Arbetets fokus kommer ligga på vuxna anhöriga till en person som lider av psykisk ohälsa därför att det tidigare gjorts flera lärdomsprov på hur situationen upplevs ur ett barns perspektiv. Jag har valt att hålla undersökningen främst vid vilka stödformer som finns tillgängliga i svenska Österbotten.

## **3 Anhörig till en person med psykisk ohälsa**

Som anhörig räknas en persons närmaste släktingar, så som förälder, syskon, make, maka, sambo eller barn (Nationalencyklopedin, 2015). För att begripa på vilket sätt anhöriga påverkas och varför de påverkas på det sätt som de gör, måste vi först förstå vad som avses med psykisk ohälsa.

### **3.1 Psykisk hälsa och psykisk ohälsa**

Psykisk hälsa och psykisk ohälsa är väldigt komplicerade begrepp som kan vara svåra att förstå sig på. Deras uttrycksformer är gåtfulla. Man kan säga att psykisk hälsa är osynlig, det är någonting vi inte lägger märke till när den finns där. Det är först när den är frånvarande som vi blir medvetna om att det är någonting vi har förlorat och som vi saknar.



Det är vanligt att de som lider av till exempel ångest önskar att de istället skulle ha ett brutet ben eftersom detta är mer begripligt och konkret. Att ett ben är brutet går att se på en röntgenbild men det fungerar inte på samma sätt då det gäller psykisk ohälsa. (Jonsson & Murray, 2007, s. 6; Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 21; World Federation for Mental Health, 2015)

World Federation for Mental Health (enligt Nationalencyklopedin, 2015) definierar begreppet psykisk hälsa som ett tillstånd som tillåter optimal fysisk, intellektuell och emotionell utveckling av individen så långt det är förenligt med hänsyn till andra individer.

Psykisk ohälsa är inte det samma som psykisk sjukdom. Enligt Skårderud, Haugsgjerd och Stänicke (2010, s. 26-27) är psykisk sjukdom knutet till sjukdomsmodeller, orsaksförklaringar och diagnostiska kategorier. Psykisk ohälsa däremot är ett begrepp som inrymmer sjukliga tillstånd som störningar, syndrom eller sjukdomar, men också de påfrestningar som vi alla möter i olika grader och former under livets gång.

Det finns många olika former av psykisk ohälsa. Någon kan plågas av röster och vanföreställningar medan en annan inte klarar av att bemästra suget efter alkohol och andra droger. En person kan ha förlorat kontrollen över mat och vikt medan en annan reagerar med våld då hen känner ett kaos inuti sig. Även om det kan se väldigt olika ut så är gemensamt för de flesta att psykisk ohälsa kan hindra förmågan att umgås med andra samt förmågan att relatera till andra, och på så sätt bidrar den till att man hamnar utanför livet. Något som utmärker psykisk ohälsa är det långvariga förloppet och att det ofta är väldigt svårt att förstå sig på. (Skårderud, et.al., 2010, s. 25; Syrén & Lützén, 2012, s. 77)

En av fyra människor kommer någon gång under sin livstid att uppleva en period av psykisk ohälsa och i de flesta fall tillfrisknar personen. De personer som drabbats av psykisk ohälsa men tillfrisknat kan leva ett produktivt och givande liv, men ändå så klarar mindre än 20 % av människor med psykisk ohälsa av att arbeta på grund av stigmatisering. Nationalencyklopedin (2015) beskriver stigmatisering som en social stämpling. Psykologiguiden (2015) tydliggör begreppet och förklarar att de personer som diagnostiserats som t.ex. psykiskt sjuka blir ”märkta” eller ”stämplade”. Dessa personer får ett sorts vanärande kännetecken som man kan kalla för stigma. Denna stigma kan försvåra

anpassningen till ett normalt liv. (Brunt & Hansson, 2014, s.73-75; World Federation for Mental Health, 2015)

Även om psykisk ohälsa ändå är relativt vanligt så är stigmatisering en stor orsak till de svårigheter som personer med psykisk ohälsa möter. Stigmatiseringen hindrar personer från att söka hjälp och leder till diskriminering mot personer som lider av psykisk ohälsa. Mer än 80 % av personer som lider av psykisk ohälsa identifierar stigmatisering som en av de huvudsakliga barriärerna till tillfrisknande. Denna stigmatisering påverkar även personens anhöriga. (Brunt & Hansson, 2014, s.73-75; World Federation for Mental Health, 2015)

### **3.2 Hur anhöriga påverkas**

Det är relativt vanligt att en person som lider av psykisk ohälsa blir ensam och isolerad. Detta på grund av att sjukdomen kan pågå under en väldigt lång tid samt att psykisk ohälsa kan vara svårt att förstå, vilket kan resultera i att olika relationer sätts på prov. De som finns kvar i personens närhet år efter år och stödjer personen är ofta den närmaste familjen, så som föräldrar och syskon. De kommer ihåg tiden före sjukdomen och har ofta känslomässiga band till personen, vilket gör att de vanligtvis känner ett stort ansvar. Familjebörda är ett begrepp som används när man beskriver hur en anhörig till en person med psykisk ohälsa påverkas av situationen. (Syrén & Lützén, 2012, s. 89-90; Brunt & Hansson, 2014, s.191)

Psykisk ohälsa kan orsaka en tung belastning både hos personen som lider av psykisk ohälsa samt dennes anhöriga och det är inte alltid den som drabbats av psykisk ohälsa som lider mest. En mor, en far, ett barn eller en partner kan känna en ännu tyngre belastning. Detta kan bero på att den som insjuknat i psykisk ohälsa kan sakna sjukdomsinsikt, vilket är vanligt vid bland annat psykoser och anorexia nervosa. Till exempel kan en person som lider av anorexi nervosa uppleva sjukdomen som en lösning istället för ett problem, medan föräldrarna är rädda för att barnet ska dö av självsvalt. (Skårderud, et.al., 2010, s. 25-26; Weimand, Hall-Lord, Sällström & Hedelin, 2013, s. 99)

Situationen kan vara väldigt krävande för anhöriga på många olika sätt, bland annat genom att beteendet hos den som lider av psykisk ohälsa kan förändras. Personen som lider av psykisk ohälsa upplever ofta svårigheter och förändrade levnadsomständigheter vilket gör att personens anhöriga ofta tar på sig ansvaret att hjälpa och stödja personen. Anhöriga måste även hantera förändringar i deras egna liv och det är ofta de psykiska samt emotionella påfrestningarna som de upplever som det största problemet. Att vara anhörig till en person med psykisk ohälsa har beskrivits som en tillvaro av oro, ansvar, bekymmer och bördor. Även dåligt samvete eller skuld känslor för saker som man gör, tänker eller känner samt saker som man inte gör, tänker eller känner är vanligt. (Skärsäter, 2010, s. 358; Winqvist, 2011, s. 26-27; Weimand, et.al., 2013, s. 99)

Det är vanligt att anhöriga känner sorg, skam, oro, rädsla, ilska och trötthet i situationen. De kan känna sorg för att personen med psykisk ohälsa har det besvärligt och för att den egna situationen är tung. Framtiden kan kännas diffus samt en älskad person kanske inte längre går att känna igen och är på så sätt till en viss del borta. Känslor av skam kan förekomma till exempel på grund av påfrestningar på tålamodet, personen kan anse sig göra fel i någon situation eller kanske skäms hen inför omgivningen. Orsakerna till en känsla av oro kan vara många. Man kan oro sig och vara rädd för hur det ska gå för den som lider av psykisk ohälsa samt vad hen eventuellt skulle kunna råka ut för, men även den egna framtiden och frågor om hur länge man ska orka kan leda till svår oro. Vrede och ilska är vanligt hos anhöriga till personer med psykisk ohälsa då de anser att denne inte får tillräckligt med hjälp, andra i familjen inte hjälper till eller när den anhörige känner att hen inte lever upp till förväntningarna. (Winqvist, 2011, s. 26-27)

Som anhörig kan man känna att man inte räcker till för den som drabbats av psykisk ohälsa. Det kan vara svårt att veta vad man ska göra i alla situationer och på vilket sätt man ska stödja. Någonting som fungerat en gång kanske inte fungerar nästa gång. Man kan känna sig väldigt maktlös och frustrerad. Anhöriga kan känna att de inte duger som förälder, partner, syskon eller barn. (Syrén & Lützn, 2012, s. 93)

En långvarig psykisk ohälsa hos en person innebär långvarig påfrestning på familj och andra anhöriga. Den stress som situationen för med sig kan ibland leda till att den psykiska hälsan hos anhöriga påverkas. Anhöriga kan drabbas av känslor av depression, nedstämdhet, ångest och självmordstankar. Anhöriga kan alltså också de drabbas av

psykisk ohälsa som de behöver professionell hjälp och stöd för. (Skärsäter, 2010, s. 358; Winqvist, 2011, s. 26-27; Brunt & Hansson, 2014, s. 197)

Anpassningen till den nya livssituationen tar sin tid och det kan kännas tungt. Alla familjemedlemmar går igenom denna anpassning i sin egen takt och uppfattningarna om hur allvarligt tillståndet hos den som lider av psykisk ohälsa är kan variera bland familjemedlemmarna. Precis som varje person är unik är också varje familj unik, detta betyder att de uppfattar och hanterar situationen på ett eget sätt. (Skärsäter, 2010, s. 364; Anhörigas stöd för mentalvården, 2013)

### **3.3 En familj i kris**

När en familjemedlem insjuknar i psykisk ohälsa leder detta vanligtvis till en kris för hela familjen. En kris är en reaktion på en livssituation där individens tidigare erfarenheter inte är tillräckliga för att hen ska kunna bemästra situationen utan betydande psykiskt lidande (Nationalencyklopedin, 2015). En familj som hamnat i kris är annorlunda än den ”egentliga familjen” och det är vanligt att familjen fungerar dåligt, men man måste ändå komma ihåg att det också finns familjer som fungerar väl. Fastän familjen tidigare fungerat väl så kan en kris leda till att familjemedlemmarna inte klarar av att stödja varandra i denna situation. Varje familjemedlem försvinner in i sin egen oro eller sorg. Familjemedlemmarna kan även uppleva skuld känslor för att de inte kan stödja varandra. Denna kris leder ofta till överreaktioner, irrationella eller desperata handlingar, eller handlingsförlamning. Familjen kan även känna en stor rädsla för framtiden vilket kan utlösa raseri hos familjemedlemmarna. (Skårderud, et.al., 2010, s. 26; Axelson, 2010, s. 50-51; Anhörigas stöd för mentalvården, 2013; Weimand, et.al., 2013, s. 99)

Familjemedlemmarna kan dock reagera mycket olika. Någon kan reagera väldigt kraftigt utåt genom aggression, gråt, förvirring eller krav på hjälp, medan en annan utåt sett inte reagerar alls, men hen kan ändå uppleva ett stort kaos inuti sig själv. Detta beror bland annat på att människor har olika personligheter, olika livserfarenheter och olika sätt att reagera. Barn och tonåringar anses till exempel vara mer sårbara än vuxna och äldre. Det antas att det är den ökade livserfarenheten som åldern ger som bidrar till att man kan

hantera krisen. (Blume & Sigling, 2008, s. 78-79; Tamm, 2012, s. 245; Anhörigas stöd för mentalvården, 2013; Brunt & Hansson, 2014, s.194-195)

Oberoende av hur en person reagerar så sätts en process igång hos den som upplever en kris, denna process kallas för krisreaktion. Krisreaktionen är ingen sjuklig reaktion, utan den är ett sätt att bearbeta den nya situationen, ta till sig det som hänt samt att finna nya vägar i livet. Man kan se krisreaktionen som ett arbete som har en klar avsikt och mening. Att ha gått igenom en kris kan ge ny styrka och livskraft till en person samt göra att denne lever rikare och mer intensivt i framtiden. En krisreaktion delas ofta upp i fyra faser, dessa kallas för chockfas, reaktionsfas, reparations- och bearbetningsfas samt nyorienteringsfas. Kunskap om dessa olika faser kan hjälpa en anhörig att förstå den egna situationen samt de övriga familjemedlemmarnas situation. (Blume & Sigling, 2008, s. 78-79; Anhörigas stöd för mentalvården, 2013)

En kris börjar vanligtvis med en chock. I chockfasen försöker personen med all kraft förneka och hålla verkligheten ifrån sig. Den krisdrabbade har vanligtvis svårt att förstå vad det är som har hänt. En person i chockfasen kan bland annat uppleva förvirring, vanföreställningar, överdriven aktivitet, panik, lamslaghet samt olika kroppsliga symtom så som magsmärter och muntorrhet. Chockfasen varar vanligtvis från några timmar upp till några dagar och under denna tid behöver den krisdrabbade omvårdnad, stöd och beskydd. (Blume & Sigling, 2008, s. 79; Tamm, 2012, s. 243-244; Anhörigas stöd för mentalvården, 2013)

Reaktionsfasen följer då den krisdrabbade inte längre klarar av att hålla ifrån sig det som hänt, detta sker gradvist. De känslor som var tillbakahållna eller avstängda väller nu fram. Vanligt i denna fas är sorg, ångest, skuld och aggressiva reaktioner. Personen måste ges möjligheten att gång på gång tala om det som hänt. Fysiska symtom som kan upplevas är till exempel smärta i hjärtregionen, andningsbesvär och magsmärter. Denna fas kan vara i månader. (Blume & Sigling, 2008, s. 80; Tamm, 2012, s. 244; Anhörigas stöd för mentalvården, 2013)

Till sist måste den krisdrabbade lämna den akuta delen av sorgereaktionen och ta itu med den nya situationen och de nya problemen, då går hen över i reparations- och bearbetningsfasen. Den drabbade går gradvis över från att ha intensivt fokuserat på det som

hänt till att börja återvända till vardagen samt intressera sig för nuet och framtiden. Anhöriga till en person som lider av psykisk ohälsa börjar aktivt förutse ändringar som situationen orsakar i familjen. Denna fas kan ta ett år eller ännu längre. (Blume & Sigling, 2008, s. 81; Tamm, 2012, s. 245; Anhörigas stöd för mentalvården, 2013)

Då den krisdrabbade har bearbetat krisen så att hen kan gå vidare med det som hänt i minnet som ett läkt sår så är hen inne i nyorienteringsfasen. Anhöriga börjar hitta nya sätt att klara av situationen och sjukdomen är en del av livet som de kan lära sig att leva med. Personen blir mer öppen för framtiden och har en förbättrad förmåga för att ta itu med olika saker. (Blume & Sigling, 2008, s. 81; Tamm, 2012, s. 245; Anhörigas stöd för mentalvården, 2013)

Det är dock viktigt att komma ihåg att alla kriser inte blir bearbetade. Det finns sådana kriser som inte blivit genomarbetade, sorger som hålls kvar och förluster som aldrig slutar smärta. I dessa fall så kan den krisdrabbade behöva sakkunnig hjälp. (Tamm, 2012, s. 245)

## **4 Anhörigstöd**

För den som insjuknat i psykisk ohälsa är anhöriga ofta ett väldigt viktigt stöd. Som anhörig är det viktigt att också uppmärksamma hur man själv mår och det är vanligt att anhöriga till personer som lider av psykisk ohälsa behöver stöd för att orka med situationen. (Blume & Sigling, 2008, s. 25; Anhörigas stöd för mentalvården, 2013)

### **4.1 Anhörigas behov av stöd**

Anhöriga kan behöva stöd oavsett vilken anhörigrelation de har till en person med psykisk ohälsa – förälder, syskon, make, maka, sambo eller barn. Även andra personer som haft en nära relation med någon med psykisk ohälsa, så som vänner, kan känna ett behov av stöd. Stödbehoven kan vara liknande men de kan även se väldigt olika ut. Winqvist (2011, s. 28) menar att anhörigas upplevelser och behov av stöd kan variera beroende på anhörigas olika förutsättningar samt den psykiska ohälsans art och process. Fastän stödbehovet skulle se liknande ut så är behovet av stöd ändå i grunden individuellt och därför ska stödet utformas

i samarbete med den enskilda personen. (Ewertzon, 2010, s. 3; Brunt & Hansson, 2014, s. 191)

Fastän de flesta anhöriga har familj, arbete och vänner är det vanligt att de håller inne med sina känslor. En förklaring till detta är att de är rädda att det de berättar ska komma tillbaka till dem själva. De är rädda för att de ska anklagas för sin näras psykiska ohälsa. Detta gäller främst föräldrar, fastän de flesta föräldrar gjort det de kunnat i en ofta helt omöjlig situation. De väljer noggrant vem de öppnar sig för, eftersom det känns som att de blottlägger sina brister och sin sårbarhet. (Syrén & Lützén, 2012, s. 94)

Psykisk ohälsa betraktar många som en familjeangelägenhet på grund av omgivningens svårigheter att förstå sjukdomen och den omsorg som kan behövas. Andra kan dock anse att man genom att vara öppen om situationen tar ett steg mot ökad förståelse från omgivningen. Att få tala med andra i en liknande situation kan därför vara bra. (Syrén & Lützén, 2012, s. 94)

Anhöriga kan anklaga sig själva för sin näras psykiska ohälsa. Frågor som ”vad kunde jag ha gjort annorlunda?” och ”vad gjorde jag för fel?” är vanliga. Anhöriga behöver stöd, både i hur de ska kommunicera med den sjuke samt information om sjukdomen för att kunna förstå sig bättre på situationen. Ifall en person med psykisk ohälsa vårdas någonstans kan anhöriga känna ett behov av att få vara delaktiga i vården, vilket kräver att man både kan ge och få information. I sådana fall var klienten själv väljer att inte ha kontakt med sina anhöriga kan detta tillsammans med lagarna om tystnadsplikt bli en svår utmaning för personalen. Personalen måste oavsett vilka konflikter som detta kan skapa visa respekt för anhörigas känslor och reaktioner samt uppmärksamma deras behov av stöd i situationen. (Ewertzon, 2010, s.3; Syrén & Lützén, 2012, s. 31, 77, 93; Brunt, 2014, s. 200)

## **4.2 Hur kan man stödja en person i kris?**

En kris hos någon som lider av psykisk ohälsa utlöser ofta en kris i familjen och det finns vissa fenomen som är särskilt krisutlösande, så som ungdomspsykos, risk för självmord och självskadebeteende. Med krisstöd menar man att stödja en person i kris på ett sätt så att

krisprocessen blir en konstruktiv erfarenhet. Krisstöd kan ges av familj, vänner och i samband med vanligt vårdarbete. De flesta människor som hamnat i kris söker dock inte professionell hjälp, utan de kommer vanligtvis ur krisen efter en viss tid med stöd av sina närmaste. (Blume & Sigling, 2008, s. 82; Skårderud, et.al., 2010, s. 135; Tamm, 2012, s. 246)

Att möta en person i kris kan vara utmanande. Det är inte ovanligt att man känner sig maktlös då man inte kan trösta, fastän man försöker göra allt bra igen för den som är ledsen. Det är dock inte möjligt att ge personen det som hen har förlorat, sin näras psykiska hälsa. Det går inte att radera de känslor som en person i kris känner. Vad man istället kan göra är stödja personen till att orka med sina svåra känslor, att våga gråta och att uttrycka sorgen med ord. Det är vanligt att stöd från personer i omgivningen är starkast just under den akuta fasen och sedan tunnas det ut, fastän anhöriga kan behöva någon att prata med också efter den akuta fasen. I detta skede skulle man kunna hänvisa den anhörige/krisdrabbade till en anhörigförening. (Blume & Sigling, 2008, s. 84)

Blume & Sigling (2008, s. 84-86) skriver att krisstöd är bland annat att:

- *lyssna* och ge den krisdrabbade en chans att bearbeta de händelser som hen varit med om. Detta är den bästa hjälp man kan ge en person i kris. Det kan upplevas som väldigt viktigt att få prata om den sorg man upplever tillsammans med någon som orkar lyssna.
- *skapa närhet*, men ändå inte tvinga sig på personen. Att känna närhet till någon annan till exempel genom kroppskontakt kan vara väldigt skönt när man är ledsen. Man måste dock se vad som känns som accepterad närhet i situationen så att ingen känner sig besvärad.
- *respektera känslor*. Det är viktigt att komma ihåg att det är den krisdrabbade som vet hur hen känner, inte du. Ifall den krisdrabbade säger att hen inte vill leva längre, så är det så hen känner. Man kan inte komma med motargument när någon berättat hur de känner, istället kan man be personen berätta om sin känsla.
- *stå ut med ångest*. Detta gäller både den krisdrabbades och ens egen ångest. När man möter en person i kris så kan man drabbas av en rädsla att det samma ska hända en själv, vilket kan leda till att man undviker att tala med den krisdrabbade om svår sorg eller olycka. Den krisdrabbade kan då bli väldigt ensam ifall flera i omgivningen tänker ”men hen har så många andra som ställer upp” eller ”det är



bättre att låta personen lämnas ifred så jag inte drar upp några gamla sår”. Genom att istället närma oss det svåra och dela en annans sorg kan vi lära oss mycket om livet men även om oss själva.

- *möta aggressivitet.* Man kan lätt bli sårad av att möta aggressivitet och bli avvisad när man försöker ställa upp för någon, men ifall man är medveten om att en sådan reaktion kan vara vanlig bland krisdrabbade så behöver man inte bli sårad utan kan försöka på nytt senare.
- *hjälpa till med vardagliga sysslor.* Ibland kan den krisdrabbade behöva hjälp med att klara av en del praktiska saker, man bör dock se till att inte ta över för mycket så att man ”invalidiserar” den krisdrabbade. Med detta menas att om den krisdrabbade inte behöver göra någonting själv så kan hen bli van med detta och bara väntar på att någon annan tar hand om sådana saker som tvätt eller matlagning.

### 4.3 Efter ett självmord

Självmord, eller suicid, är en avsiktlig självdestruktiv handling som leder till döden. Det kan finnas olika orsaker till varför någon valt att ta sitt liv. De vanligaste orsakerna till suicid är dock psykisk ohälsa, drogpåverkan eller att det är en följd av en krisreaktion. År 2013 tog sammanlagt 887 personer i Finland sitt liv. Självmord är betydligt vanligare bland män än bland kvinnor, 666 stycken av de som tog sitt liv år 2013 var män medan 221 stycken var kvinnor. Även om detta kanske låter som väldigt mycket så har antalet självmord i Finland minskat med 15 % på 10 år bland både män och kvinnor. (Skärsäter, 2010, s. 214; Finlands officiella statistik, 2014; Nationalencyklopedin, 2015)

Något av det jobbigaste som kan hända en familj är att en familjemedlem tar sitt liv. Sorgarbetet efter ett självmord är i regel svårare och tyngre än efter någon annan form av dödsfall, eftersom den avlidna själv iscensatte döden. Att döden skett för egen hand lämnar många obesvarade frågor och anhöriga drabbas ofta av svåra skuld känslor. Anhöriga kan känna sig nedstämda, rädda och osäkra på hur de ska hantera situationen, vilket leder till försämrad livskvalitet. Anhöriga drabbas av trauman som tar år eller årtionden att bearbeta. Ungefär hälften av de anhöriga som förlorat någon till självmord upplever själva självmordstankar cirka 6-12 månader efteråt. Det är alltså relativt vanligt att självmord

”smittar”. (Blume & Sigling, 2008, s. 89; Skärsäter, 2010, s. 214; Syrén & Lütznén, 2012, s. 104; Dyregrov & Plyhn & Dieserud, 2012, s.15)

Efter ett självmord är det vanligt att släktingar och vänner inte vågar ta kontakt med familjemedlemmarna till den som tagit sitt liv. De kan känna sig osäkra på vad de ska säga och det kan kännas svårt att tala om den döde. Detta gör att familjemedlemmarna till den som tagit sitt liv kan känna sig övergivna och ensamma. De känner sig även stigmatiserade vilket i sin tur kan leda till att de också börjar dra sig undan. Ofta behöver anhöriga till någon som tagit sitt liv någon typ av samtalskontakt med en utomstående människa som hjälp för att kunna bearbeta krisen. (Blume & Sigling, 2008, s. 89-90; Syrén & Lütznén, 2012, s. 106)

#### **4.4 Individuella samtal som anhörigstöd**

Ibland behöver vi alla någon som lyssnar på oss, någon som vi kan berätta om våra svårigheter åt och som vi känner att vi litar på. För en anhörig kan detta vara den viktigaste typen av stöd. Det kan kännas oerhört viktigt och stöttande att veta att det finns någon man kan ta kontakt med ifall man känner att man behöver. (Winqvist, 2011, s. 65; Personlig kommunikation med SÖAF's projekt och verksamhetsledare, 16.12.2014)

Vid alla slags kriser och sorger behövs emotionellt stöd, vilket innebär samtal där den berörda möter engagemang, förståelse, omsorg, uppmuntran och bekräftelse. Genom detta förebyggs ensamhetskänslor samtidigt som det stärker hopp, trygghet och självkänsla. Personer som känner att de har någon att anförtro sig åt mår vanligtvis bättre både psykiskt och fysiskt. (Axelson, 2010, s.46)

Att tala till och att samtala är två olika funktioner. När du samtalar talar du med någon och du försöker förstå den andra personen samtidigt som den andra personen försöker förstå dig. Man måste delta på lika villkor, och båda ska kunna ge och ta. Samtalet handlar först och främst om att förmedla information och byta erfarenheter, men det är även ett sätt att umgås och ha roligt. När man har ett eget problem kan det vara givande att ha någon som lyssnar på en. Genom att någon annan förstår kan vi själva förstå och göra svårigheter till

möjligheter. Samtalet ger oss också en del av andras erfarenheter och genom detta kan vi växa som människor. (Hilmarsson, 2010, s. 10-10)

Vad som skiljer en vardaglig konversation från det professionella samtalet är att det i en vardaglig konversation är vanligtvis endast relationen som är i fokus. I det professionella samtalet är det uppgiften/problemet som är i centrum. Oberoende av samtalets syfte behövs dock en god kontakt eller bra relation mellan parterna. Många gånger upplevs själva relationen viktigare än det som sägs och görs, därför behövs en relationskompetens och en handlingskompetens när man arbetar med människor. (Winqvist, 2011, s. 40-41)

Med begreppet counselling kan man närmare precisera samtal som anhörigstöd. Counselling kan beskrivas som ett individstödande professionellt samtalsstöd som syftar till att få klienten att komma till klarhet om vissa typer av problem och bli mer kapabel att handskas med dessa. Dessa samtal sker alltid på klientens egen vilja och är under sekretess. Anhörigstödjaren ska inte ge råd eller styra klienten till ett visst val, utan ska försöka hjälpa klienten att se saker klarare eller kanske ur ett annat perspektiv. Detta kan anhörigstödjaren göra genom att lyssna uppmärksam och på så sätt kan hen börja uppfatta svårigheterna ur klientens synvinkel. (Winqvist, 2011, s. 43)

#### **4.5 Självhjälpsgrupper**

Konstaterade positiva resultat från att vara med i en självhjälpsgrupp är bland annat ökat självförtroende, förbättrad möjlighet att klara av olika saker och minskad isolering. En självhjälpsgrupp kan definieras som en *liten* samling människor som *regelbundet* träffas för att ge *ömsesidig stöd* och hjälp om ett *gemensamt problem*. Det är dessa fyra faktorer som skiljer en självhjälpsgrupp från övriga grupper. (Karlsson, 2006, s. 59; Winqvist, 2010, s.134; Seebohm, et.al., 2013, s. 391)

Grupperna är *små och informella* av många orsaker. Bland annat för att deltagarna inte ska vara anonyma för varandra vilket gör det möjligt att skapa sociala kontakter, aktivt deltagande uppmuntras och alla deltagare har möjlighet att bli hörda samt få respons av de övriga deltagarna. Genom detta får alla individuella deltagare det mesta ur gruppen och ingen glöms bort. (Karlsson, 2006, s. 60)

*Regelbundna* träffar behövs för att skapa en trygghet i gruppen, lära känna varandra och skapa en förståelse utifrån den gemensamma erfarenheten. Hur ofta möten hålls kan variera och det är inte alltid de grupper som träffas oftast som ger de bästa resultaten. Möten kan hållas varje vecka, varannan vecka eller varje månad. (Karlsson, 2006, s. 61-62)

En vanlig fråga är vad som skiljer det *ömsesidiga stödet* man får i en självhjälsgrupp från det stöd som en familjemedlem eller vän kan ge. En viktig skillnad är att man i en självhjälsgrupp är både hjälptagare och hjälpgivare samtidigt, jämfört med andra stödsituationer var det vanligtvis är en som ger stöd och hjälp och den andra tar emot. Karlsson (2006, s. 68) refererar Reissman som anser att det finns en sorts kraft i att få hjälpa vilket ger den som hjälper möjlighet till att: 1) definiera sig själv som friskare/bättre, 2) strukturera sin egen situation genom att strukturera andras och 3) få en ökad känsla av mening och att vara betydelsefull. Självhjälsgruppens stödande relationer och möjligheten att få hjälpa samt ge någonting åt de andra i gruppen ökar det psykiska välmåendet hos gruppmedlemmarna. (Karlsson, 2006, s. 67; Seebohm, et.al., 2013, s. 391-392)

Utgångspunkten att man har ett *gemensamt problem* är vad som skiljer självhjälsgrupper från många terapigrupper, var det kan ses som någonting positivt att deltagarna har olika problem och erfarenheter. Några orsaker till att deltagarna har ett gemensamt problem är att de kan utbyta praktiska erfarenheter, de får en insikt om att det faktiskt finns fler som går igenom något liknande och balansen hålls i gruppen eftersom att den gemensamma erfarenheten utesluter att någon blir mer betydelsefull eller tar mer ansvar. (Karlsson, 2006, s. 63-65)

Många kopplar begreppet ”gemensamt problem” till något negativt och betungande, och det har gång på gång föreslagits att man vid självhjälsgrupper skulle använda sig av andra begrepp så som ”gemensam erfarenhet” eller ”gemensam livssituation” istället. Orsaken till att begreppet ”gemensamt problem” envist hållits kvar är för att deltagarna faktiskt brottas med någon typ av svårighet i livet och detta vill man att ska vara en central del i gruppen. (Karlsson, 2006, s. 63-64)

Tyvärr så kan det vara svårt att få ihop en självhjälpsgrupp då många ofta lever i små samhällen och vissa människor kan behöva åka väldigt långt för att kunna delta i en självhjälpsgrupp (Karlsson, 2006, s. 66).

#### **4.6 Rekreation**

Med rekreation menas en avkopplande aktivitet som främjar återhämtande (Nationalencyklopedin, 2015). Rekreation kan skapa positiva psykiska, fysiska och medicinska effekter. Bland annat kan någon som deltagit i rekreation uppleva ökad stresstolerans, förbättrad fysik eller minskad depression och ångest. Några exempel på rekreationsaktiviteter är motionsaktiviteter (t.ex. gymnastik, dans, joggning eller simning), hobbyarbete (så som handarbete), musik (t.ex. spela, sjunga eller lyssna på musik), olika nöjen (t.ex. TV, bio, restaurang) och umgänge med vänner, familj eller släkt. (Norling, 2001, s.4)

### **5 Anhörigstöd i svenska Österbotten**

Tidigare har det konstaterats att anhöriga till en person med psykisk ohälsa kan uppleva ett behov av stöd. Detta kapitel tar upp några exempel på olika typer av stödformer som är tillgängliga för anhöriga till en person med psykisk ohälsa i svenska Österbotten.

#### **5.1 Svenska Österbottens anhörigförening**

Svenska Österbottens anhörigförening, SÖAF, är en tredje sektorns förening som erbjuder stöd åt anhöriga till personer som lider av psykisk ohälsa. Föreningen har sin verksamhet i svenska Österbotten och sitt kontor i Vasa. SÖAF är den enda svenskspråkiga anhörigföreningen inom psykosociala förbundet i Finland och målsättningen med föreningen är att samla anhöriga till personer som lider av psykisk ohälsa, stärka kontakten mellan dessa samt skapa olika stödaktiviteter för anhöriga. Förutom detta vill föreningen även sprida kunskap och information om psykisk ohälsa samt arbeta för att minska fördomarna mot psykisk ohälsa i samhället. (Svenska Österbottens anhörigförening

(SÖAF), u.å.; personlig kommunikation med SÖAF's projekt och verksamhetsledare, 16.12.2014)

SÖAF erbjuder stöd åt anhöriga bland annat på följande sätt:

- SÖAF ger anhöriga möjlighet till *individuella samtal med en anhörigrådgivare*. Dessa samtal kan ske över telefon eller genom bestämda träffar. Det erbjuds även *samtal med en familjeterapeut* och då kan hela familjen närvara under samtalet.
- Genom *rekreationsdagar* erbjuder de roliga och lättsamma aktiviteter åt medlemmarna. Detta är ett sätt för anhöriga och deras familjer att umgås med andra i liknande situationer under avslappnade omständigheter. Rekreationsdagarna består av gruppdiskussioner, motionsaktiviteter och fri samvaro. Till exempel har de haft utfärder till Tropiclandia och då har hela familjer fått delta. Detta har varit ett sätt att erbjuda familjer sådant som de annars kanske inte skulle ha möjlighet till.
- *Sommar och julutfärder*.
- De håller *temakvällar och seminarier* på olika ställen i svenska Österbotten (Närpes, Vasa och Jakobstad). Målet med dessa är att ge upplysning och information om ett tema (t.ex. schizofreni eller depression) genom föreläsningar. Ofta har de en ambassadör, som är en person med egen erfarenhet om temat som tas upp, på plats som föreläser.
- *Självhjälpsgrupper* där man möter människor som är där av samma anledning som en själv med vilka man kan tala och lyssna i tur och ordning om det ämne som berör gruppen.
- Vid behov gör de även *hembesök*. (personlig kommunikation med SÖAF's projekt och verksamhetsledare, 16.12.2014; SÖAF, 2015)

Möjligheten att ha någon att tala med är ett av de viktigaste stöden för anhöriga. Det är ändå viktigt att komma ihåg att olika stödfunktioner inte utesluter varandra eftersom att de har olika funktioner. (personlig kommunikation med SÖAF's projekt och verksamhetsledare, 16.12.2014)

## 5.2 Övriga stödformer

Helsingforsmission (2015) har en krisjour för unga, som erbjuder samtalshjälp för 12-29 åriga ungdomar, unga vuxna och deras familjer. Det är ingen skillnad var man bor eller varifrån man kommer, alla i åldern 12-29 kan ringa hit. Man kan ringa till jourtelefonen, 045-341 0574, tisdagar till torsdagar mellan klockan 11-13, eller kontakta dem via e-post adressen: krisjouren(at)helsinkimissio.fi.

Sorgebandet r.f. (2012) är en förening med syfte att stödja de efterlevande och främja öppenheten om självmord. Föreningen har flera stödgrupper runt om i landet och har regional verksamhet i bland annat Vasa, Karleby och Seinäjoki. Sorgebandet r.f. ordnar även kurser, föreläsningar och temadagar. Den största delen av verksamheten är dock på finska.

Irti Huumeista ry har en riksomfattande jourtelefon som ger hjälp, information och stöd vid sådana kriser som förorsakats av narkotikamissbruk. Denna är dock endast på finska. De som man får tala med om man ringer hit är föreningens anställda samt utbildade frivilliga. De har alla tystnadsplikt. Kontakt tar man måndagar, onsdagar och fredagar mellan kl. 9-12 och från måndag till torsdag kl. 18-21, via telefonnummer 010 80 4550. Irti Huumeista ry har också en jourtelefon för närstående och missbrukare. Denna är på svenska under måndagar och torsdagar mellan 12-18. Telefonnumret hit är: 020 370 500. (Irti Huumeista ry, 2015)

Vasa stads mentalvårdsstation Horisonten och den psykiatriska polikliniken i Vasa centralsjukhus har inlett ett samarbetsprojekt som heter Kaiku. Projektets mål är att fungera förebyggande samt att undvika eventuella tvångsåtgärder och onödig avdelningsvård. Målgruppen är vuxna (25 år eller äldre) Vasabor. Processen börjar på så vis att de som arbetar med Kaiku får information om en klient per telefon, vanligtvis via en anhörig, vän eller myndighet. Efteråt tar de kontakt med klienten och åker till klientens hem för ett bedömningsbesök. Utifrån den bedömning de gör kan vård ordnas antingen på Mentalvårdsstationen Horisonten eller inom öppen- eller avdelningsvård inom den specialiserade psykiatriska sjukvården. Om du är orolig över en anhörigs psykiska hälsa och antar att denna behöver akut vård kan du kontakta personalen för Kaikuprojektet under vardagar mellan 9.00-9.30 på telefonnummer 040 809 1536. (Vasa stad, 2014)

Psykosociala förbundet ger ut sin tidning Respons fyra gånger per år. I tidningen får man ta del av bl.a. livsberättelser, kursinformation och läsarnas egna berättelser om psykisk ohälsa. Om man är intresserad av tidningen kan man antingen beställa hem den för 20€/år (för alla fyra numren) eller läsa den på deras hemsida i e-format. (Psykosociala förbundet, 2015)

Efter ett självmord kan anhöriga få omedelbar första hjälp från kommunens hälsocentral eller från företagshälsovården (Sorgebandet r.f., 2012). Genom dessa kan man även få sjukledigt från arbetet och vid behov remiss till specialtjänster. På den egna kommunens eller stadens hemsida hittar man också vanligtvis ett nummer till en kristelefon eller någon annan typ av jour/nödnummer vart man kan ringa dygnet runt.

## **6 Sammanfattning av teoridelen**

Syftet med denna studie är att undersöka hur det upplevs att vara närstående till en person som lider av psykisk ohälsa. Jag har valt att fokusera arbetet på vuxna anhöriga.

Teoridelen börjar med att beskriva vem som är anhörig och vad som avses med psykisk ohälsa. Som anhörig räknas en persons närmaste släktingar. World Federation for Mental Health definierar begreppet psykisk hälsa som ett tillstånd som tillåter optimal fysisk, intellektuell och emotionell utveckling av individen så långt det är förenligt med hänsyn till andra individer. Det finns många olika former av psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa är ett begrepp som inrymmer sjukliga tillstånd som störningar, syndrom eller sjukdomar, men också de påfrestningar som vi alla möter i olika grader och former under livets gång.

Psykisk ohälsa kan orsaka en tung belastning både hos personen som lider av psykisk ohälsa samt dennes anhöriga och det är inte alltid den som drabbats av psykisk ohälsa som lider mest. Situationen kan vara väldigt krävande för anhöriga på många olika sätt, bland annat genom att beteendet hos den som lider av psykisk ohälsa kan förändras. För anhöriga är ofta de psykiska och emotionella påfrestningarna som de upplever det största problemet. Det är vanligt att anhöriga känner sorg, skuld, skam, oro, rädsla, ilska och trötthet i situationen.



Som anhörig kan man även känna att man inte räcker till för den som drabbats av psykisk ohälsa. Det kan vara svårt att veta vad man ska göra i alla situationer och på vilket sätt man ska stödja. För den som insjuknat i psykisk ohälsa är anhöriga ofta ett väldigt viktigt stöd. Som anhörig är det viktigt att också uppmärksamma hur man själv mår och det är vanligt att anhöriga till personer som lider av psykisk ohälsa behöver stöd för att orka med situationen.

Svenska Österbottens anhörigförening är en tredje sektorns förening som erbjuder stöd åt anhöriga till personer som lider av psykisk ohälsa. De tjänster som de erbjuder är bland annat: rekreation, individuella samtal, självhjälpsgrupper, temakvällar och seminarier.

## **7 Undersökningens genomförande**

Detta kapitel beskriver kort hur undersökningen har genomförts och vilka tillvägagångssätt som har använts. Förutom det motiveras även valen kring undersökningsmetod, undersökningsgrupp, sekretess och metod för resultatanalys.

### **7.1 Metodval och val av respondenter**

Jag har valt en kvalitativ undersökningsmetod därför att jag anser det är det bästa sättet för mig att få fram respondenternas upplevelser och känslor. Kvalitativ undersökning ger mig bättre möjlighet till att få djupgående och omfattande svar av respondenterna. Sedan kan man även uppleva saker på olika sätt, det som någon uppfattar som skuld-känslor kanske inte uppfattas på samma sätt hos en annan. Genom att låta respondenterna själva förklara och sätta ord på sina upplevelser kan jag själv få en bättre uppfattning av vad de menar och risken för missförstånd minskar. Enligt Kvale och Brinkmann (2014, s. 17) försöker man genom den kvalitativa forskningsintervjun förstå världen från undersökningspersonernas synvinkel samt utveckla mening ur deras erfarenheter. Det är just detta jag har haft som mål med min undersökning, att förstå världen från mina respondenters synvinkel samt sätta ord för deras erfarenheter.

Jag har utfört min undersökning genom att intervjua fyra personer som alla är anhöriga till en person med psykisk ohälsa. Bland respondenterna finns både män och kvinnor med olika relationer till en person med psykisk ohälsa (partner, barn och förälder). Alla respondenterna är vuxna därför att jag har valt att fokusera mitt arbete på upplevelserna hos vuxna anhöriga. En av respondenterna kom jag i kontakt med via Svenska Österbottens anhörigförening. Två av respondenterna tog jag själv kontakt med då jag visste att de var anhörig till en person med psykisk ohälsa och den fjärde respondenten sade åt mig att hen gärna skulle ställa upp på en intervju efter att ha hört om mitt ämne.

## **7.2 Datainsamling och sekretess**

Intervjuerna skedde i enrum med respondenterna och vid intervjutillfällena använde jag mig av bandspelare. Jag klargjorde att efter jag skrivit ner intervjuerna så raderar jag det bandade materialet. Efter att jag skrivit färdigt mitt lärdomsprov kommer jag också förstöra det skrivna materialet från intervjuerna, för att skydda mina respondenters identitet.

Med tanke på att det kan vara ett känsligt ämne för vissa att tala om så tyckte jag att intervjuerna gick bra och att jag fick utförliga svar. Före intervjuerna berättade jag åt respondenterna att det i lärdomsprovet inte kommer framkomma något som kan avslöja deras identiteter. Jag kommer heller inte diskutera någon av mina respondenter med någon annan, utan mina respondenters och deras anhörigas identiteter är skyddade. Detta upplever jag gjorde att mina respondenter kände sig trygga och vågade ge djupa svar.

## **7.3 Analysmetod**

När jag har redovisat resultatet (se kapitel 8 Resultatredovisning) och analyserat intervjuerna (se kapitel 9.1 Undersökningens resultat och koppling till teorin) har jag använt mig av vad Kvale (1997, s. 174) nämner som meningskoncentreringsmetod. Detta innebär att jag har formulerat det som respondenterna sagt mer koncist. Jag har försökt plocka ut den viktigaste innebörden i det som berättats och formulerat om detta i kortare meningar.

## 8 Resultatredovisning

I detta kapitel kommer jag att redovisa resultatet av de intervjuer som jag har genomfört. Jag har valt att koppla ihop redovisningen med de frågor jag ställde under intervjun genom att jag går genom resultaten från dem en och en. Jag kommer att jämföra respondenternas svar med varandra och ta upp likheter och olikheter. Jag kommer även använda mig av mycket citat från intervjuerna för att ge rättvisa till det de berättat. Genom citaten hoppas jag att respondenternas egna upplevelser och känslor blir tydligare för läsarna. När jag citerar från en intervju använder jag mig av kursiv stil och citattecken. När jag lämnat bort ord ur citatet använder jag mig av följande tecken: (...). Vid sådana tillfällen som namn, eller annat som kan peka på en persons identitet, använts i citatet kommer jag ersätta detta med följande tecken: [personen].

Jag har fått ta del av fyra respondenters upplevelser och känslor kring att vara anhörig till en person med psykisk ohälsa. Tre av dessa har varit/är i kontakt med en anhörigförening eller fått stöd på annat sätt, medan en inte tagit emot stöd utanför familj och vänner. Jag har valt att också jämföra dessa två gruppers upplevelser med varandra.

### 8.1 Hur anhöriga påverkas

Jag började intervjuerna med att fråga hur personen skulle beskriva upplevelserna av att vara anhörig till en person med psykisk ohälsa. Två av respondenterna svarade att de upplevde en känsla av att behöva vara redo för att någonting kan hända när som helst. Respondenterna nämnde också att de upplevt känslor av rädsla, oro, ångest, förtvivlan, chock, skam och skuld. En respondent sade att ens egna känslor som anhörig kommer ofta i andra hand. En av respondenterna svarade så här på frågan:

*”Att vara anhörig till en person med psykisk ohälsa kan beskrivas som att åka bergochdalbana. Att kastas mellan hopp och förtvivlan och slutligen inse hur lite man kan påverka... Det är som att hela tiden leva med en gnagande oro och försöka förstå den sjukets tankar och känslor. (...) Den anhöriges egna känslor kommer ofta i andra hand av hänsyn till den sjukets känslotillstånd.”*

En annan uttryckte sig på följande vis:

*”På sätt och vis har man ett vuxet barn, som med sina symtom kanske inte kan leva ett helt normalt liv. (...) Det har varit tungt att leva med skam och skuld, fast man vet att det inte är någons fel, men de föräldrar som har friska barn förstår inte hur bra de egentligen har det.”*

Jag ville veta ifall deras egna liv har blivit påverkade av att vara anhörig till en person med psykisk ohälsa och i så fall på vilket sätt, så detta blev följande fråga. Alla respondenter ansåg att situationen på något sätt hade påverkat deras liv, men på vilket sätt varierade lite från person till person. Två av respondenterna nämnde att de nu har en ökad förståelse för personer med psykisk ohälsa samt anhöriga. En av respondenterna sade att situationen hade påverkat dennes egna liv med en skilsmässa. En annan av respondenterna nämnde att den egna psykiska hälsan hade blivit påverkad.

*”Jo, (...) efter detta har jag tyvärr blivit halvdeprimerad, inte för att jag inte skulle lita eller tro på mig själv, utan närmast som en efterprodukt av att vara anhörig till en psykiskt sjuk person.”*

En annan sade följande:

*”Självklart har det påverkat mitt eget liv. För det första så har jag insett att psykisk ohälsa kan drabba precis vem som helst. (...) Sen har jag också fördelen att ha en viss förståelse för andra med psykisk ohälsa, eller anhöriga.”*

På frågan om vad som har varit utmanande eller svårt med att vara anhörig svarade respondenterna på olika sätt. Alla hade upplevt flera svåra eller utmanande saker med att vara anhörig, men det de nämnde kunde vara väldigt olika beroende på deras relation till den anhörige (förälder, partner, barn o.s.v.), men det var även andra saker i var och en av situationerna som gjorde att deras svar varierade från varandra.

Två av respondenterna nämnde en rädsla för eventuellt återfall hos personen med psykisk ohälsa. En av respondenterna upplevde att något av det jobbigaste var då hens anhöriges personlighet förändrades på grund av den psykiska ohälsan. En annan upplevde det som jobbigast att inte veta hur hen skulle tala med den som led av psykisk ohälsa efter att hen kommit hem från sjukhuset. En respondent nämnde att det var svårt att inte kunna leva ett normalt familjeliv. En annan upplevde att det också var svårt att inse att man behöver hjälp utifrån och att veta var man skulle börja söka denna hjälp. Jag har valt att sätta citat från några av intervjuerna för att med respondenternas egna ord förklara vad de upplevt som svårt eller utmanande.

*"[personens] personlighet förändrades till stor del till något jag inte längre kände igen. Vårt sätt att diskutera förändrades till att jag hela tiden försökte förklara och få [personen] att förstå, men desto mer jag förklarade desto mera fel blev det. [Personens] egna tankar var mycket starkare. (...) svårt var det också att inse att man behöver hjälp utifrån och var man skulle börja söka hjälp."*

*"(...) att gömma familjens problem och att inte kunna leva ett normalt familjeliv på många år, inte träffa vänner och släktingar eftersom att man var rädd för [personens] utbrott."*

*"Svåraste biten var att tackla mötandet med den sjuke familjemedlemmen när den kommit hem från sjukhuset. Svårt att veta om man överhuvudtaget ska prata med personen i fråga om sjukdomstiden, om de ens vill prata om saken. Det är svårt att veta hur [personen] känner sig efter sjukdomstiden. Även svårt att veta vid ett eventuellt återfall när det är dags att söka sig till sjukhuset."*

Eftersom att det i teorin togs upp om stigmatisering mot psykisk ohälsa så var jag intresserad av att veta hur mina respondenter upplevde att de blivit bemötta av omgivningen. En av respondenterna upplevde att de personer som vetat om situationen hade bemött hen på ett bra sätt. En annan sade att hen har haft stöd av släkt och närmaste vänner men har i princip inte diskuterat situationen alls med övriga utomstående. Två av respondenterna upplevde att omgivningens bemötande hade varit varierande. En förklarade detta på följande vis:

*”Omgivningens reaktioner var varierande. Det växlade mellan förstående och totalt oförstående. Totalt oförstående eftersom att många inte ville tro att [personen] var sjuk eftersom att [personens] beteende utåt verkade helt stabilt.”*

En annan förklarade det så här:

*”Bara några få vänner har kunnat bemöta mig som anhörig, de flesta människor har tyvärr inte ork och kraft att bemöta svåra saker som andra hamnat ut för. Om någon bara kunde säga ’voi helvetti, dålig tur’ eller liknande. De flesta går bara förbi och klagar om livets minsta saker och ting.”*

## **8.2 Anhörigstöd**

Tre av fyra respondenter hade sökt stöd utanför familj och vänner. De respondenter som hade fått/får stöd utanför familj och vänner nämnde att de använt sig av/använder följande stödformer: stöd från kommunens socialarbetare, tidningen Respons som ges ut av psykosociala föreningen, liikkuva nuorisotyö, Irti huumeista föräldragrupp, psykiatriker (på eget initiativ) och Svenska Österbottens anhörigförening (SÖAF). Personen som hade fått delvist stöd från socialarbetaren i kommunen upplevde det som *”skönt att ha en professionell utomstående att diskutera med”*. Redan här framkom det i flera av intervjuerna att respondenterna hade önskat sig mer stöd.

En av respondenterna sade följande:

*”Var även i familjeterapi vid Vasa centralsjukhusets psykiatriska enhet var [personen] var intagen, men det egna stödet därifrån var så gott som obefintligt. Hade nog önskat att vi anhöriga hade fått mera hjälp och stöd!”*

Den respondent som inte fått utomstående stöd svarade på följande vis:

*”Jag har inte varit i kontakt med någon stödförening, ej heller blivit erbjuden så vitt jag vet. (...) när jag ser tillbaka på allting idag så hade det nog inte varit dumt att få ett erbjudande om att prata med någon om detta, någon utöver familjen.”*

Jag ansåg att det var viktigt att uppmärksamma ifall det stöd de fått har hjälpt dem eller inte, därför var det min nästa fråga. Den respondent som inte fått utomstående stöd ansåg att det stöd hen fått från familj och vänner via samtal hade hjälpt. De som sökt stöd utanför familj och vänner svarade på följande vis:

*”Stödet av socialarbetare samt läkare jag diskuterat med när [personen] blev intagen hjälpte mycket. Att få bekräftat det man själv känner och tycker är oerhört värdefullt i en situation av total kaos som de kan vara när en kär anhörig insjuknat psykiskt.”*

*”Jo, stödet jag fick hjälpte på långa loppet, inte med detsamma.”*

*”Kommer ihåg att första föreningsträffen med SÖAF kändes bra, man fick höra andras berättelser också och fick en känsla av att man inte var ensam.”*

På frågan om vad som hjälpt personerna mest i situationen var svaren olika. Tre av respondenterna nämnde att familj och vänner har hjälpt allra mest. Två av dessa tre hade fått stöd utanför familj och vänner. En respondent svarade så här:

*”Mest har familjen och goda vänner hjälpt. Det är oerhört viktigt att ha en familj som bryr sig och kan hjälpa så att vardagen fungerar. Det är superviktigt, speciellt om det finns barn med i bilden, att vardagen fungerar någorlunda normalt så att det inte blir en alltför traumatisk upplevelse för dem.”*

En annan sade så här:

*”Simning har varit min egen terapi. Även resor utomlands eftersom att man inte kan göra något därifrån. Referensstöd har också hjälpt.”*

### **8.3 Vad som borde förbättras**

På frågan om de saknat någon form av stöd/hjälp eller information svarade alla av respondenterna att informationen som anhöriga får ta del av är väldigt bristfällig. En respondent sade att hen hade önskat få mer information än bara sådan om medicin och

sjukdomar. Hen skulle ha önskat få information om till exempel vård- och rehabiliteringsplaner. Två av fyra nämnde att man som anhörig hamnar utanför det egentliga vårdsystemet och de önskar sig mera utrymme och förståelse för anhöriga.

*”Informationen är mycket bristfällig, till exempel om att det finns en stödförening. Man borde ha uppmanats att ta kontakt, eller åtminstone blivit informerad om att det finns en dylik!”*

*”Jag hade gärna fått lite information om hur man bäst bemöter den personen som varit sjuk, vad som kan vara bra att tänka på. Skulle även ha uppskattat att vi i familjen som anhöriga till [personen] hade blivit erbjudna någon form utav hjälp, t.ex. en träff med en psykolog eller så, (...) jag vet inte om detta erbjöds och gick mig förbi eller som det helt inte fanns resurser till sånt.”*

Det som framträdde mest vid denna fråga i intervjuerna var att respondenterna hade önskat få mer stöd och hjälp, eller ens bli erbjudna detta. Tre av fyra respondenter nämnde att de hade önskat komma i kontakt med andra i liknande situationer genom t.ex. att få en stödperson som varit med om liknande eller träffar med andra anhöriga då situationen var som mest akut. Även en önskan om att ha blivit föreslagen att ta kontakt med en psykolog kom fram i en av intervjuerna. En person nämnde att hen kände sig ensam då hen inte hade kontakt med någon som varit med om något liknande.

*”Jag kände mig nog så ensam trots familj och vänner, eftersom att ingen av dem upplevt samma sak.”*

*”Eftersom första psykosen kom så oväntat så hade jag behövt mycket mera stöd då just av proffs eller föreningsaktiva.”*

#### **8.4 Framtidssyn**

I teorin har det mest kommit upp svåra och utmanande saker kring att vara anhörig. Jag var intresserad av att veta ifall det också finns någonting som anhöriga har upplevt som positivt med sina upplevelser. De flesta respondenter upplevde att de blivit starkare som



person. Tre av fyra nämnde att de upplever att de har fått bättre förståelse för andra i liknande situation. En av respondenterna sade att i dagens läge är relationen till personen med psykisk ohälsa bra och en annan upplevde att relationen till den som lidit av psykisk ohälsa hade blivit bättre.

*”Jag har upplevt och överlevt ett trauma, blivit starkare, men mitt hjärta har blivit svart. Min relation till [personen] har blivit bättre.”*

*”Ökad förståelse för andra i samma situation, förhoppningsvis är jag en närvarande, medkännande medmänniska som inte räds att konfronteras med personer som har det svårt i livet. (...) Har även en bra relation till [personen] idag som jag även är mycket glad över. Även stärkt banden till dem som verkligen stödde när det var svårt, jag glömmer aldrig det de gjorde för oss!”*

*”Det positiva är ju att man kan känna igen psykisk ohälsa och med den erfarenheten känna igen signaler, ifall någon annan i ens omgivning drabbas av liknande. Också positivt är ju att man som anhörig inte blir ”avskräckt” vid psykisk ohälsa, detta anser jag ännu idag är lite känsligt i samhället.”*

Som avslutning valde jag ännu att fråga hur personen ser på framtiden eftersom att det bland annat i kapitel 3.2 Hur anhöriga påverkas, i teorin framkom att framtiden kan kännas diffus för anhöriga. De flesta sade, på olika sätt, att de ser positivt på framtiden men är redo på att någonting kan hända som kan vända upp och ner på livet. En av respondenterna uttryckte en oro för sin anhöriges framtid. En annan respondent upplevde inte att det faktum att hen är anhörig till en person med psykisk ohälsa har påverkat synen på framtiden. En respondent svarade på följande sätt:

*”Jag ser positivt och ödmjukt på framtiden. Jag vet att allt kan hända, men är tacksam och glad att dagen i dag är fylld av hopp och tillförsikt.”*

## 9 Slutdiskussion

I detta kapitel kommer jag diskutera om jag uppnått syftet med lärdomsprovet och om jag fått svar på mina centrala frågeställningar. Jag kommer också granska undersökningen jag har genomfört och jämföra den med teorin. Som avslutning kommer jag kritiskt granska mitt lärdomsprov samt ta upp problem jag stött på under lärdomsprovets gång.

Syftet med lärdomsprovet har varit att undersöka hur det upplevs att vara anhörig till en person med psykisk ohälsa. Mina centrala frågeställningar har varit hur man påverkas som anhörig, vilka stödformer som finns tillgängliga för anhöriga och vad anhöriga saknar. För att besvara frågeställningarna och syftet går det att konstatera att man som anhörig kan påverkas på många olika sätt, beroende på bland annat tidigare erfarenheter. Reaktionerna och upplevelserna är ofta individuella, men ändå är det alltid på något sätt svårt eller utmanande då en nära anhörig insjuknar psykiskt. Känslor som vanligen framkommer hos anhöriga är bland annat rädsla, oro, ångest, förtvivlan, chock, skam och skuld. Här i svenska Österbotten har vi en del anhörigstöd att erbjuda, men ändå verkar det som om man måste söka upp och ta kontakt med olika stödformer på eget initiativ. Anhöriga önskar att få mer information och att komma i kontakt med någon annan anhörig då situationen är som mest akut. Då det gäller olika former av stöd tas det i teoridelen upp bland annat följande: Svenska Österbottens anhörigförening, Sorgebandet r.f. och olika jourtelefoner man kan ringa till i akuta lägen. I följande kapitel framkommer de stödformer undersökningens respondenter använt sig av.

### 9.1 Undersökningens resultat och koppling till teorin

Den psykiska ohälsan påverkar inte bara den drabbades liv, utan även anhörigas liv påverkas av situationen. I undersökningen nämnde respondenterna känslor så som rädsla, oro, ångest, förtvivlan, chock, skam och skuld. I teorin framkom att det för anhöriga ofta är de psykiska och emotionella påfrestningarna som de upplever som det största problemet (se ovan, kapitel 3.2 Hur anhöriga påverkas). Vad som kan vara den bakomliggande orsaken till att anhöriga känner på detta sätt klargörs också i samma kapitel. I kapitel 3.3 En familj i kris, redogörs för krisreaktionens olika faser. Där tas också upp chockfasen, som är den första fasen som framkommer då någon drabbats av en kris.

Två av respondenterna upplevde även att de skulle behöva vara redo för att någonting kan hända när som helst. I teorin berättas det att anhöriga ofta tar på sig ansvaret att hjälpa och stödja den sjuke personen (se ovan, kapitel 3.2 Hur anhöriga påverkas). Anhöriga känner att det är deras ansvar att hjälpa och stödja personen med psykisk ohälsa eftersom att de kommer ihåg tiden före sjukdomen och har ofta känslomässiga band till personen. Jag förstår det som så att det är en sorts ansvarskänsla som mina respondenter upplever då de känner att ständigt behöver vara redo för att någonting kan hända.

På vilket sätt anhöriga upplever att deras liv påverkats av situationen kan variera från person till person. En av respondenterna hade upplevt att den egna psykiska hälsan hade blivit negativt påverkad. Detta går att kopplas till teorin, eftersom det även där framkom att den stress som situationen för med sig kan leda till att den psykiska hälsan hos anhöriga också påverkas (se ovan, kapitel 3.2 Hur anhöriga påverkas). Anhöriga kan uppleva känslor av depression, nedstämdhet, ångest och självmordstankar. Anhöriga till personer med psykisk ohälsa kan alltså också de drabbas av psykisk ohälsa som de behöver professionell hjälp för.

Personligheten hos personen med psykisk ohälsa kan förändras till någonting som anhöriga inte längre känner igen. Det kan upplevas vara svårare att diskutera med personen än tidigare. Det kan vara svårt att leva ett normalt familjeliv och man kan vara rädd för när och var personen med psykisk ohälsa ska få ett utbrott. En respondent upplevde att det svåraste var att veta hur man ska möta personen med psykisk ohälsa då hen kommer hem igen från sjukhuset. Personen upplevde det också som svårt att vet ifall man ska tala om sjukdomstiden med personen i fråga eller inte. Det kan också vara svårt att inse att man kan behöva hjälp utifrån, och att veta var man kan söka hjälp. Att vara anhörig till en person med psykisk ohälsa ger en ökad förståelse för andra i liknande situation.

I undersökningen framkom det att omgivningens sätt att bemöta anhöriga kan variera väldigt mycket. Någon hade endast positiva upplevelser av omgivningens bemötande medan en annan upplevde att endast vissa personer hade kunnat bemöta personen på ett bra sätt.

Några typer av stöd åt anhöriga som framkom undersökningen är bland annat: Svenska Österbottens anhörigförening, tidningen Respons som ges ut av psykosociala föreningen,

den egna kommunens socialarbetare, liikkuva nuorisotyö, Irti huumeista föräldragrupp, familjeterapi och psykiatriker. Det är dock vanligt att anhöriga upplever att stödet från familj och nära vänner är det som har hjälpt mest.

Undersökningen visade att informationen som anhöriga får ta del av upplevs vara väldigt bristfällig. Anhöriga skulle bland annat önska sig mer information om: vård- och rehabiliteringsplaner, stöd för anhöriga, hur man ska bemöta personen med psykisk ohälsa och vad som kan vara bra att tänka på som anhörig. Kapitel 4.1 Anhörigas behov av stöd, tar upp hur anhöriga behöver stöd då det kommer till hur de ska kommunicera med den sjuke samt information om sjukdomen för att kunna förstå sig bättre på situationen.

I undersökningen framkom att anhöriga önskar att de skulle bli erbjudna stöd och hjälp, speciellt då situationen är mest akut. Anhöriga önskar också att de skulle få kontakt med andra i liknande situationer då situationen är mest akut. Detta skulle kunna vara genom att till exempel få en stödperson som varit med om liknande eller få gå på träffar med andra anhöriga. Fastän stödet från familj och vänner upplevts vara det som för de flesta hjälpt mest, så har de kanske ändå inte själva varit med om något liknande.

Kapitel 3.3 En familj i kris, redogör för den kris en familj kan hamna i då en familjemedlem insjuknat i psykisk ohälsa. Där tas upp hur man genom att ha gått igenom en kris kan få ny styrka och livskraft. Detta går att koppla till hur det i undersökningen framkom att de flesta av respondenterna upplevde sig nu vara starkare efter vad de varit med om.

## **9.2 Kritisk granskning**

Jag upplevde det emellanåt rätt så svårt att hitta respondenter till undersökningen. Området är väldigt känsligt och jag ville inte utsätta någon för att tala om någonting som de kanske inte fullt ut bearbetat ännu eller som de inte kände sig redo för. I slutändan lyckades jag ändå hitta fyra respondenter som gärna ställde upp på intervjuer. Jag är nöjd över fördelningen av respondenterna då jag lyckades få med personer som hade olika relationer till en person med psykisk ohälsa. Respondenternas förhållanden till en person med psykisk ohälsa var förälder, barn och partner. På så sätt kände jag att jag fick ta del av

erfarenheter från många olika synpunkter. Ännu skulle jag kanske ha önskat att ha intervjuat någon som var i ett syskon förhållande till en person med psykisk ohälsa men jag lyckades inte komma i kontakt med någon sådan.

Om jag skulle göra om mitt lärdomsprov så skulle jag nog ändra på intervjufrågorna. Jag skulle ha kunnat ha mindre i antal och mer breda intervjufrågor istället. Som de var nu så gick de ganska in i varandra och svaren på de olika frågorna var ofta väldigt likadana. Dock så var detta bra på så vis att jag kanske fick mer breda synpunkter på en del saker och respondenterna kunde se på en sak från flera olika synvinklar. Jag märkte också att vissa respondenter uppfattade frågorna på ett annat sätt än andra. Genom att göra frågorna mer tydligare så kanske resultatet hade blivit att respondenterna skulle ha nämnt samma saker på samma fråga oftare än vad de nu gjorde. Skulle jag ha gjort frågorna tydligare så skulle det ju dock ha funnits en risk för att jag skulle ha styrt respondenternas svar. Detta är en svår fråga som jag tror man måste ta upp enskilt för varje undersökning.

Nu efteråt känner jag mig nöjd med teoridelen. Jag upplever att den besvarar mitt syfte och mina centrala frågeställningar då den förklarar hur det upplevs att vara anhörig till en person med psykisk ohälsa samt tar upp flera av de stöd som finns tillgängliga för anhöriga i svenska Österbotten. I teoridelen tas endast kort upp nu som då vad anhöriga saknar, men detta har det blivit satt mer fokus på i undersökningen istället. Undersökningen anser jag också att motsvarar vad som var syftet med lärdomsprovet och jag är även nöjd över att jag fick med vad som borde förbättras då det gäller det stöd och bemötande som anhöriga får.

Genom arbetets gång har jag definitivt flera gånger känt tvivel om hur resultatet skulle bli och ifall jag faktiskt någon gång skulle bli klar. Nu känner jag mig dock ändå nöjd med resultatet och lycklig över att jag fått ta del av mina starka respondenters upplevelser. Ämnet känner jag att behöver uppmärksammas mer och jag har genom arbetet konstaterat att det finns ett tydligt behov av stöd åt anhöriga till personer med psykisk ohälsa. Då det gäller behovet för vidare forskning i området tror jag att också en kvantitativ undersökning om samma område skulle vara bra. På så sätt skulle man också få en mer representativ bild om hur vanligt det är att anhöriga känner på ett visst sätt.

## Källförteckning

Anhörigas stöd för mentalvården, 2015. *Guide för anhöriga*. [Online]

<http://www.otu.fi/images/pdf/omaisen-opas-se.pdf> [hämtat: 11.01.2015].

Axelson, B., 2010. *Förluster - om sorg och livsomställning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Blume, B. & Sigling, I-L., 2008. *Psykiatrins ABC*. Stockholm: Liber AB.

Brunt, D. & Hansson, L., 2014. *Att leva med psykisk funktionsnedsättning – livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. Lund: Studentlitteratur AB.

Dyregrov, K., Plyhn, E. & Dieserud, G., 2012. *Efter självmordet, vägen vidare*. Mölnlycke: Gothia Förlag.

Ewertzon, M., 2010. [Online]

[http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/fokus\\_anhoriga\\_17.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/fokus_anhoriga_17.pdf) [Hämtat: 28.01.2015].

Finlands officiella statistik, 2014. Dödsorsaker [Online].

[http://www.stat.fi/til/ksyyt/2013/ksyyt\\_2013\\_2014-12-30\\_tie\\_001\\_sv.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2013/ksyyt_2013_2014-12-30_tie_001_sv.html) [Hämtat: 27.01.2015].

Helsingforsmission, 2015. [Online]

<http://www.helsingforsmission.fi/?sid=442> [Hämtat: 28.01.2015].

Hilmarsson, H., 2010. *Samtalet med känslomässig intelligens*. Lund: Studentlitteratur AB.

Irti Huumeista ry, 2015. [Online]

[http://www.irtihuumeista.fi/yhdistys/pa\\_svenska/jourtelefon](http://www.irtihuumeista.fi/yhdistys/pa_svenska/jourtelefon) [Hämtat: 24.03.2015].

Jonsson, J. & Murray, K., 2007. *Samtal med anhöriga till psykiskt sjuka*. Göteborg: FoU i Väst.

Karlsson, M., 2006. *Självhjälpsgrupper*. Lund: Studentlitteratur AB.

Kvale, S., 1997. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.

Kvale, S. & Brinkmann, S., 2014. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.

Nationalencyklopedin, 2015. *Anhörig*. [Online]

<http://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/anhörig> [hämtat: 2.01.2015].

Nationalencyklopedin, 2015. *Kris*. [Online]

[www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/kris](http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/kris) [hämtat: 11.01.2015].

Nationalencyklopedin, 2015. *Psykisk hälsa*. [Online]

<http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/psykisk-hälsa> [hämtat: 11.01.2015].

Nationalencyklopedin, 2015. *Rekreation*. [Online]

[www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/rekreation](http://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/rekreation) [hämtat: 11.01.2015].

Nationalencyklopedin, 2015. *Själv mord*. [Online]

[http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/själv\\_mord](http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/själv_mord) [hämtat: 27.01.2015].

Nationalencyklopedin, 2015. *Stigmatisering*. [Online]

<http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/stigmatisering> [hämtat: 05.04.2015].

Norling, I., 2001. *Rekreation och psykisk hälsa*. Göteborg: Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Psykologiguiden, 2015. [Online]

<http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?Lookup=stigmatisering> [hämtat: 21.04.2015].

Psykosociala förbundet, 2015. *Tidningen Respons*. [Online]

<http://www.fspc.fi/index.php?id=4eff18b62ff54&lang=sv> [hämtat: 24.03.2015].

Seebohm, P., Chaudhary, S., Boyce, M., Elkan, R., Avis, M. & Munn-Giddings, C., 2013. The contribution of self-help/mutual aid groups to mental well-being. *Health & Social Care in the Community*, 21 (4), s. 391-401.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E., 2010. *Psykiatri, själ – kropp – samhälle*. Stockholm: Liber AB.

Skärsäter, I. red., 2010. *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur AB.

Sorgebandet r.f., 2012. [Online]  
<http://www.itsemurhantehneidenlaheiset.net/pasvenska.html> [hämtat: 28.01.2015].

Svenska Österbottens anhörigförening (SÖAF), 2015. [Online]  
<http://www.soaf.fi/> [hämtat: 11.01.2015].

Syrén, S. & Lützén, K. red., 2012. *Att leva med psykisk ohälsa – ett närståendeperspektiv*. Lund: Studentlitteratur AB.

Tamm, M., 2012. *Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom*. Lund: Studentlitteratur AB.

Vasa stad, 2014. Kaiku – hjälp i akuta psykiska problem. [Online]  
[http://www.vaasa.fi/Pa\\_svenska/Social-halsovard/Halso-och\\_sjukvard/Mentalvardtjanster/Samarbetsprojektet\\_Kaiku](http://www.vaasa.fi/Pa_svenska/Social-halsovard/Halso-och_sjukvard/Mentalvardtjanster/Samarbetsprojektet_Kaiku) [hämtat: 24.03.2015].

Weimand, B., Hall-Lord, M.L., Sällström, C. & Hedelin, B., 2013. Life-sharing experiences of relatives of persons with severe mental illness – a phenomenographic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27 (1), s. 99-107.

Winqvist, M., 2010. *Individualisering, utvärdering och utveckling av anhörigstöd*. Kalmar: Nationellt kompetenscentrum Anhöriga.

Winqvist, M., 2011. *Samtalets betydelse som anhörigstöd*. Kalmar: Nationellt kompetenscentrum Anhöriga.



World Federation for Mental Health, 2015. [Online]

[http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/WFMH\\_GIAS\\_Lexicon.pdf](http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/WFMH_GIAS_Lexicon.pdf) [hämtat: 11.01.2015].

## Intervjufrågor

1. Hur skulle du beskriva att det är att vara anhörig till en person med psykisk ohälsa?
2. Har situationen påverkat ditt eget liv på något sätt?
3. Vad har varit utmanande/svårt med att vara anhörig?
4. Hur har du upplevt att omgivningen bemött dig som anhörig?
5. Har du varit i kontakt med en stödförening eller fått stöd på annat vis?  
Om ja: Hur kom du i kontakt med dem?
6. Har du upplevt att det stöd du fått har hjälpt dig?
7. Vad känner du att har hjälpt dig mest i situationen?
8. Har du saknat någon form av stöd/hjälp eller information?  
Om ja: Vad i så fall?
9. Vad har du upplevt som positivt med att vara anhörig?
10. Hur ser du på framtiden?