

Eva Clasing

Specialistsjuksköterskeutbildning inom psykiatrisk vård, 60 hp, Institutionen för  
vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKAEXA, HT2016

Avancerad nivå

Handledare: Mats Ewertzon

Examinator: Anette Erdner

**Sjuksköterskor i beroendevården och deras erfarenheter av att  
möta anhöriga när deras närstående räknas som vuxen och  
byter vårdform**

Nurses in addiction care and their experiences in meeting relatives of  
adult patients who are changing form of care

## Sammanfattning

**Bakgrund:** I samband med att en person har ett skadligt bruk av alkohol eller droger påverkas anhöriga. Livskvaliteten kan försämrats allvarligt för såväl föräldrar, syskon, barn, partner som andra anhöriga. När unga vuxna byter vårdform och övergår till vuxenlivet sker förändringar för patienten men även deras anhöriga. För att stödja anhöriga till närstående som har ett skadligt bruk av alkohol eller droger behövs fördjupade kunskaper om hur sjuksköterskor uppfattar anhörigas situation.

**Syfte:** Syftet är att undersöka hur sjuksköterskor beskriver anhörigas situation när närstående vårdas i beroendevården samt vad som händer med anhöriga när närstående övergår från barn och ungdomsvård till vuxenvård.

**Metod:** Studien är en kvalitativ studie med induktiv ansats där semistrukturerade intervjuer genomfördes med åtta sjuksköterskor verksamma inom beroendevården. Det insamlade datamaterialet analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Dataanalysen resulterade i två kategorier med två underkategorier vardera. Den första kategorin är den som beskriver anhörigas situation vid övergång från barn och ungdomsvård till vuxenvård med underkategorier: bristande insyn och förändrad livssituation.

Den andra kategorin beskriver anhörigas situation med ständig oro när man har en närstående med skadligt bruk av alkohol eller droger. Denna kategori formuleras i två underkategorier vilka var psykisk merbelastning och social merbelastning.

**Diskussion:** Resultatet diskuteras utifrån Afaf Ibrahim Meleis transitionsteori samt annan relevant forskning. Transitionsteorin ger stöd för den förändrade livssituationen för anhöriga inom beroendevården, vilket kan vara viktigt att känna till för att utveckla omvårdnaden.

**Nyckelord:** alkoholberoende, anhörig, drogberoende, livssituation, psykiatrisk sjuksköterska, psykisk ohälsa, transition, ung vuxen.

## **Abstract**

**Background:** When a person has a pattern of psychoactive substance and/or alcohol use that is causing damage to health family members are affected. The quality of life of parents, siblings, children, partners and other relatives may be severely impaired. When young adults transition from child/youth to adult care it involves changes for the patients as well as for relatives. To be able to support relatives, deeper knowledge is needed about the way nurses perceive the situation of relatives.

**Aim:** The aim is to investigate how nurses perceive the situation for relatives when a person is being treated in addiction care, as well as the consequences for relatives when patients are being transferred from children/youth care to adult care.

**Method:** This is a qualitative study with an inductive approach. Eight semi-structured interviews have been carried out with nurses working within addiction care. The collected data was analysed according to qualitative content analysis.

**Result:** Data analysis resulted in the formulation of two categories, with two sub-categories in each. The first category describes relatives' situation at transition from child/youth care to adult care with two sub-categories are lack of transparency and changed life situation.

The second category describes relatives' situation with constant worry when having a relative with pattern of psychoactive substance and/or alcohol use. This category formulated with sub-categories psychological burden and social burden.

**Discussions:** The result is discussed in relation to Afaf Ibrahim Meleis' transition theory and other relevant research. Transition theory provides support for changed life situation of relatives within addiction care, which may be important to know in order to develop nursing care.

**Keywords:** alcohol use disorder, life situation, mental illness, psychiatric nursing, relatives, substance use disorder, transition, young adult.

# Innehållsförteckning

<b>1. INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>2. BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
<b>2.1 ALKOHOL OCH DROGANVÄNDNING</b> .....	<b>1</b>
2.1.1 <i>Hälsoproblem och dödsfall på grund av alkohol och droganvändning</i> .....	1
2.1.2 <i>Skadligt bruk av alkohol och droger</i> .....	2
2.1.3 <i>Samsjuklighet</i> .....	3
<b>2.2 SJUKSKÖTERSKAN I PSYKIATRISK VÅRD</b> .....	<b>3</b>
<b>2.3 ANHÖRIG OCH NÄRSTÅENDE</b> .....	<b>4</b>
2.3.1 <i>Anhörigas kontakt med psykiatrisk vård</i> .....	5
2.3.2 <i>Anhöriga påverkas när nästående har ett skadligt bruk av alkohol eller droger</i> .....	6
2.3.3 <i>Stöd för anhöriga</i> .....	6
<b>2.4 BYTE AV VÅRDINSTANS/MILJÖ</b> .....	<b>7</b>
<b>3. PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>8</b>
<b>4. SYFTE</b> .....	<b>9</b>
<b>5. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER</b> .....	<b>10</b>
<b>6. METOD</b> .....	<b>10</b>
6.1 URVAL .....	11
6.2 DATAINSAMLING.....	11
6.3 DATAANALYS.....	12
<b>7. FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN</b> .....	<b>13</b>
<b>8. RESULTAT</b> .....	<b>14</b>
<b>8.1 ANHÖRIGAS SITUATION VID ÖVERGÅNG FRÅN BARN- OCH UNGDOMSVÅRD TILL VUXENVÅRD</b> .....	<b>14</b>
8.1.1 <i>Bristande insyn</i> .....	14
8.1.2 <i>Förändrad livssituation</i> .....	15
<b>8.2 ANHÖRIGAS SITUATION MED STÄNDIG ORO</b> .....	<b>17</b>
8.2.1 <i>Psykisk merbelastning</i> .....	17
8.2.2 <i>Social merbelastning</i> .....	19
<b>9. DISKUSSION</b> .....	<b>20</b>

<b>9.1 METODDISKUSSION</b> .....	<b>20</b>
9.1.1 <i>Trovärdighet</i> .....	20
9.1.2 <i>Pålitlighet</i> .....	21
9.1.3 <i>Överförbarhet</i> .....	22
<b>9.2 RESULTATDISKUSSION</b> .....	<b>22</b>
<b>9.3 ANHÖRIGAS SITUATION VID ÖVERGÅNG FRÅN BARN- OCH UNGDOMSVÅRD TILL VUXENVÅRD</b> .....	<b>22</b>
9.3.1 <i>Bristande insyn</i> .....	23
9.3.2 <i>Förändrad livssituation</i> .....	24
<b>9.4 ANHÖRIGAS SITUATION MED STÄNDIG ORO</b> .....	<b>25</b>
9.4.1 <i>Psykisk merbelastning</i> .....	25
9.4.2 <i>Social merbelastning</i> .....	26
<b>10. KLINISKA IMPLIKATIONER</b> .....	<b>27</b>
<b>11. FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING</b> .....	<b>27</b>
<b>12. SLUTSATS</b> .....	<b>28</b>
<b>REFERENSFÖRTECKNING</b> .....	<b>29</b>
<b>BILAGA 1. INFORMATIONSBREV TILL VERKSAMHETSCHEF</b> .....	<b>33</b>
<b>BILAGA 2. INFORMATIONSBREV TILL INFORMANTER</b> .....	<b>34</b>
<b>BILAGA 3. INTERVJUGUIDE</b> .....	<b>35</b>
<b>BILAGA 4. EXEMPEL DATAANALYS</b> .....	<b>36</b>

## 1. Inledning

En dag på min arbetsplats på en beroendemottagning ringer en förälder som jag har haft kontakt med under flera olika omgångar och säger: *"Hej Eva! En av mina änglar flög iväg igår."* Det blir tyst. Förälderns barn hade tagit en överdos.

Efter att patienten, som beskrivs ovan, blev 18 år ville hen inte längre ha någon vård av varken socialtjänst eller beroendevården, vilket kan ha olika förklaringar. Hos mig väcker det här exemplet frågor gällande anhöriga i samband med att deras närstående byter från barn- och ungdomsvård till vuxenvård. En fråga är till exempel vilka känslor de anhöriga upplever när de inte längre har rätten att styra sitt barn på samma sätt i och med att myndighetsåldern har inträtt.

Jag har i denna studie valt att fokusera på och beskriva hur sjuksköterskan beskriver kring anhörigas situation inom beroendevården och då med ett fokus på den förändrade situationen när patienten går över från barn- och ungdomsvård till vuxenvård inom beroendevården. Jag är intresserad av sjuksköterskors erfarenheter kring denna förändring och då specifikt inom beroendevården.

## 2. Bakgrund

I bakgrunden beskrivs inledningsvis alkohol- och droganvändningen i Sverige och Europa och vilka olika problem det kan medföra. Efter det redogörs sjuksköterskans roll i psykiatri- och beroendevården. Sedan beskrivs anhörig- och närståendebegreppen och olika synvinklar på att vara anhörig i den psykiatriska vården. Sedan belyses att anhöriga bär ett tungt ansvar för sina närstående och huruvida det finns stöd, och av vilken typ, för anhöriga i olika former. Avslutningsvis skildras det närmare kring vårdformsskiftet i samband med att ett barn räknas som vuxen.

### 2.1 Alkohol och droganvändning

#### 2.1.1 Hälsoproblem och dödsfall på grund av alkohol och droganvändning

Ett skadligt bruk av alkohol eller droger medför ofta olika typer av problem. År 2014 noterades 765 dödsfall som narkotikaklassade i Sverige (Socialstyrelsen, 2015a).

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN, 2015) uppger i sin rapport, att situationen kring narkotikamissbruk inte har förbättrats under 2000-talet. I rapporten framgick att det snarare verkar vara fler personer idag som har ett omfattande narkotikamissbruk

jämfört med för 15 år sedan. Bland gymnasieelever i Sverige har 15 procent provat någon typ av narkotika. Enligt en rapport från Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (ECNN) är narkotikamissbruk en av de största orsakerna till hälsoproblem och dödsfall bland ungdomar och yngre vuxna i Europa (ECNN, 2015).

I *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* (Socialstyrelsen, 2015b) beskrivs att hög alkoholkonsumtion hos unga vuxna kan leda till sociala och mentala problem. I åldersgruppen 16–29 år har 35 procent bland män riskabla alkoholvanor och 25 procent bland kvinnor. Detta kan jämföras med 17 respektive 9 procent för hela befolkningen 16–84 år, vilket betyder att unga människor har högre alkoholkonsumtion jämfört med hela befolkningen.

### *2.1.2 Skadligt bruk av alkohol och droger*

Enligt Franck och Nylander (2012) tar det tid att utveckla ett beroende. Missbruk är mer kopplat till bestämda situationer i livet, medan beroende är mer kopplat till ett mer regelbundet intag av droger eller alkohol. WHO (World Health Organization) använder sig av begreppet skadligt bruk av alkohol, vilket är ett vanligt förekommande uttryck för att definiera då bruket är skadligt bruk, det vill säga att bruket av substansen har lett till skador på hälsan (WHO, 2016). Dessa skador kan vara både psykiska och fysiska. I denna studie kommer begreppet skadligt bruk av alkohol eller droger att användas enligt WHO:s tolkning.

Wiklund (2008a) genomförde en studie som hade som mål att förklara utifrån existentiella aspekter hur det är att leva med ett beroende, utifrån ett patientperspektiv. Ur analysen framkom att personer som hade ett skadligt bruk av alkohol eller droger ständigt levde i existentiella utmaningar som personen var tvungen att kämpa med. Exempel som beskrevs var bland annat personernas upplevelse av meningslöshet. Dessutom beskrevs i studien att användningen av droger egentligen var paradoxal, eftersom det tillfälligt lindrade lidandet men samtidigt i längden ökade detsamma. I Thurangs (2012) avhandling beskrevs att personer som hade ett skadligt bruk av alkohol upplevde att de själva var en belastning för deras nära och kära. Exempelvis framkom att män med skadligt bruk av alkohol levde i konflikt med sina egna och andras krav. Dessutom upplevde sig männen vara en besvikelse för andra. Kvinnornas upplevelse av att ha ett skadligt bruk av alkohol var att de levde ett liv i skam på grund av deras alkoholberoende.

I Hodgins et al. (2007) studie bedömdes den psykiska hälsan hos svenska ungdomar och deras föräldrar då ungdomarna sökte hjälp för missbruksproblem. Enligt Hodgins et al. (2007)

sökte ungdomarna med skadligt bruk av alkohol eller narkotika ofta vård tillsammans med sina föräldrar. Dessa föräldrar hade ofta egna missbruksproblem, vilket innebar att familjen inte var en självklar trygghet för ungdomarna. En av slutsatserna i resultatet var att dessa föräldrar också var i behov av eget stöd eftersom de ofta hade egen problematik.

### *2.1.3 Samsjuklighet*

Det finns personer med så kallad samsjuklighet. Det är personer med alkohol- eller drogproblematik av varierande svårighetsgrad i kombination med somatisk eller psykisk sjukdom (Socialstyrelsen, 2015b). Därutöver kan det också finnas en social problematik. I statens offentliga utredningar (SOU) framkommer att omkring 30–50 procent av dem som söker vård för skadligt bruk av alkohol eller droger inom beroendevården har en psykisk sjukdom och mellan 20 - 30 procent av dem som söker vård för psykisk sjukdom inom vuxenpsykiatri har alkohol- eller drogproblematik (SOU 2011:35). Lindholm (2015) genomförde en studie i Sverige som avsåg att beskriva och analysera levnadsförhållanden för personer med samsjuklighet. De hälsoområden som personer med samsjuklighet hade störst problem med var den kroppslig hälsan, alkoholproblem samt narkotikaproblem. I Hodgins et al. (2007) studie framkom, att hos de flesta ungdomar med missbruksproblem förekom det även andra störningar som debuterat före det skadliga bruket av droger eller alkohol.

## **2.2 Sjuksköterskan i psykiatrisk vård**

Sjukvården i Sverige följs av Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763). Inom den psykiatriska vården arbetar grundutbildade sjuksköterskor samt specialistutbildade med inriktning inom psykiatrisk vård. Sjuksköterskans arbetsuppgifter och funktioner är omfattande. Wiklund (2003) beskriver och förtydligar att under en vårdtid är det inte bara en vårdare och patienten som agerar med varandra, utan agerande sker även med andra vårdare, patientens familj, andra patienter samt med samhället under hela processen. En helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt ska genomsyra sjuksköterskans kompetensområden. Det tydliggörs i flera olika etiska koder att sjuksköterskan ska ha ett anhörigperspektiv. I Council of Nurses (ICN) står beskrivet att sjuksköterskan ska erbjuda vård till individen, familjen och allmänheten. Beauchamp och Childress (2013) beskriver olika etiska koder och nämner den så kallade omsorgsprincipen som innebär att man som vårdare ska göra allt man kan för att öka patienters och anhörigas välbefinnande. Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor (PRF) beskriver i kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor med inriktning på



psykiatrisk vård innebär av psykiatrisk omvårdnad (PRF, 2014). I psykiatrisk omvårdnad läggs tonvikten på hälsoprocesser ur ett helhetsperspektiv liksom på de livsförhållanden och levnadsvillkor som bidrar till hälsa. PRF betonar att anhörigas behov av information, kunskap och stöd ska identifieras och tillgodoses. Det är centralt inom specialistsjuksköterskans kompetensområde att verka för patienters/brukares och anhörigas medverkan samt att verka för att bedömningar och åtgärder har en vetenskaplig grund.

Ansvar i Sverige för vård och stöd av personer med missbruk och beroende är uppdelat mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* (Socialstyrelsen, 2015b) framkommer att hälso- och sjukvården och socialtjänsten samverkar kring personer med missbruk och beroende. Beroendevården utförs av landstinget och ligger inom den psykiatriska vårdens verksamhetsområde.

Wiklunds (2008b) studie syftade till att beskriva vårdbehovet hos patienter som lider av ett skadligt bruk av alkohol eller droger utifrån existentiella aspekter. Det framkom att en vårdande gemenskap var av vikt, eftersom det är grunden för att uppfylla patienternas behov. Motsvarande resultat framkom i Thurangs (2012) avhandling där syftet var att nå en ökad förståelse för alkoholberoende personer. Ett vårdande samtal kunde leda till att patienter upplevde upprättelse och respekt (a.a). Det framkom även i Wiklunds (2008b) studie att omvårdnaden och dess vårdåtgärder för patienter med skadligt bruk av alkohol eller droger bör ges utifrån den enskildes livssituation. Sjuksköterskan bör inrikta vården på att se över var patienten befinner sig i sitt tillfrisknande och i och med det kunna hjälpa patienten att känna sig levande och i gemenskap med andra.

### **2.3 Anhörig och närstående**

Enligt Nationalencyklopedin (NE) innebär anhörigvård att det är den vård och omsorg som en person med sjukdom eller funktionsnedsättning får av den anhörige (Malmquist, 2015). Enligt Dahlberg och Segesten (2010) beskrivs patientens närmaste med termer som närstående, anhöriga, familj eller släkt. Ur ett så kallat vårdvetenskapligt perspektiv är den anhörige den person som patienten själv väljer och som då själv godtar att bli ansedd som anhörig (a.a). Det kan vara en maka/make, förälder, partner, granne, barn, vän eller annan släkting. Ewertzon (2012) beskriver begrepp som kan användas för att benämna personer i en patients sociala nätverk och förtydligar att en anhörig är en person som ger omsorg.

I denna studie kommer begreppet anhörig att användas för den som har en nära relation till en person med skadligt bruk av droger eller alkohol, och närstående är den som tar emot omsorgen.

### *2.3.1 Anhörigas kontakt med psykiatrisk vård*

Ewertzon (2012) har i sin avhandling beskrivit hur familjemedlemmar till personer med långvarig psykossjukdom upplevde kontakten med vården. Det framkom i resultatet att många anhöriga kände ett utanförskap och att det fanns ett samband med hur de upplevde bemötande från vårdpersonal. Även Weinmand, Hedelin, Hall-Lord och Sällström (2011) genomförde en studie av anhörigas kontakt med psykiatrin. Studien genomfördes i Norge med syftet att studera anhörigas kontakt med psykiatrin när en närstående drabbats av allvarlig psykisk sjukdom. I resultatet framkom att vissa av de anhöriga hade haft positiva möten med vårdpersonal men att flertalet upplevde dessa möten som negativa. De anhöriga beskrev att de önskade mer stöd av sjukvården bland annat med hur de skulle hantera sina känslor. Känslor som beskrevs av anhöriga gentemot de närstående var hopplöshet, sorg, osäkerhet, ensamhet, skuld, skam, oro och dåligt samvete. Känslor av frustration, bitterhet, ilska och utmattning var mer relaterat till sjukvården. De positiva mötena som framkom med vårdpersonalen innefattade guidning, information och råd från personalen.

Blomqvist och Zieger (2011) genomförde en studie i Sverige med syftet att beskriva anhörigas syn på den psykiatriska omvårdnaden. I studien framkom att i den akuta situationen begränsades möjligheterna för familjens deltagande. Till exempel framkom att det ibland fanns otydliga rutiner kring inkluderandet av anhöriga i vårdandet. I samma studie beskrevs att sjuksköterskans förståelse för patienten ökade om de anhöriga inkluderades i vården, eftersom de har känt sin närstående under lång tid och kunde delge väsentlig information. I Lindholms (2015) studie skattade personal att ca 40 % av patienterna med samsjuklighet hade svårigheter med mellanmänskliga relationer och att knappt 20 % av patienterna hade stöd från anhöriga i relationer med andra. I studien framkom att anhöriga var en resurs för målgruppen med samsjuklighet. I Blomqvists och Ziegers (2011) studie framkom dock att sjuksköterskor inte alltid ansåg att de anhöriga var en resurs, eftersom det i vissa fall fanns bakomliggande konflikter i deras relation.

Rusner (2015) beskriver vikten av transparent kommunikation i samband med vårdandet av en person med bipolär sjukdom. I den transparenta kommunikationen ingår att inkludera anhöriga i vården. Anhöriga kan dock ofta drabbas av egen utmattning och depression, ofta när patienten börjar återhämta sig. I en transparent kommunikation handlar det till stor del om att skapa en miljö för samtal och planering som präglas av öppenhet och lyhördhet. Om detta ingår finns det goda möjligheter till en framgångsrik planering av vård och behandling.

### 2.3.2 Anhöriga påverkas när närstående har ett skadligt bruk av alkohol eller droger

Sedan början av 1990-talet har det i Sverige varit ett ökat fokus på hur omgivningen drabbas av andra personers alkoholmissbruk och när närstående använder narkotika (Ramstedt, Sundin, Landberg & Raninen, 2014). Många av de anhöriga som är runt dem som brukar alkohol eller narkotika påverkas negativt i någon utsträckning. De få undersökningar som genomförts kring detta område beskriver detta likartat. Johansson och Wirbing (2008) beskriver att i samband med att en person har ett skadligt bruk av alkohol eller droger är det tydligt att anhöriga påverkas. Ibland försämrades livskvaliteten allvarligt för såväl föräldrar, syskon, barn, partner som andra anhöriga. I Ramstedts et al. (2014) undersökning framkom att de anhöriga var känslomässigt sårade eller försummade på grund av en närståendes alkoholkonsumtion. Liknande beskrevs i nordisk studie av Mellberg et al. (2011), där studiens syfte var att kvantifiera de mänskliga kostnaderna i samband med människors narkotikaanvändning. I studien definierades bland annat mänsklig känslomässig smärta och lidande för anhöriga på grund av närståendes skadliga bruk av droger. Ramstedt et al. (2014) undersökning visade att i den allmänna befolkningen hade många någon i sin närhet som använde narkotika och att en betydande andel av dessa uppgav att de påverkats negativt på grund av detta. Majoriteteten av kvinnorna uppgav att de hade påverkats ”mycket negativt” medan majoriteten bland männen uppgav att de hade påverkats ”lite”.

I *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* beskrivs att det finns risk för att anhöriga kan utveckla fysisk och psykisk ohälsa till följd av att leva med personer med missbruk och beroende (Socialstyrelsen, 2015b). I en studie av Björk (2016) där syftet var att beskriva livssituationen för anhöriga till personer med alkoholproblematik framkom negativa konsekvenser. En variation av starka känslor beskrevs och dessa kunde hindra de anhöriga från att vara öppna och ärliga gentemot andra människor. Det framkom att vara förälder till någon med skadligt bruk av alkohol ofta beskrev känslor av skam och skuld.

### 2.3.3 Stöd för anhöriga

Socialstyrelsen rekommenderar psykosocialt stöd till anhöriga som har närstående som har ett skadligt bruk av alkohol eller droger (Socialstyrelsen, 2015b). Roozen, Waart och van der Kroft (2010) beskrev i sin studie att det finns en ökad medvetenhet bland befolkningen att familjemedlemmar spelar en viktig roll i omhändertagandet av personer med missbruksproblematik. Anhöriga bär ett tungt ansvar för sina närstående. I Sverige finns det

olika stödgrupper för anhöriga till personer med skadligt bruk av alkohol eller droger till exempel Al-Anon för anhöriga och vänner, Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) och tolvstegsrörelsen. I grupperna finns möjlighet för deltagarna att stödja varandra (Johansson & Wirbing, 2008). Att få träffa andra människor som lever i en liknande situation kan vara ett stöd för anhöriga vilket beskrevs i Björks (2016) studie. Stödet de anhöriga fick från anhöriggruppen ledde till tillfrisknande och var direkt livräddande. Att delta i en anhöriggrupp gav dem verktyg att kunna hantera livet (a.a). Grupperna gav dem möjlighet att kunna skifta fokus från den närstående till sig själva, vilket beskrivs som ovant och smärtsamt, men samtidigt stärkande. Enligt socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* (2015b) rekommenderas att anhöriga ska ta del av CRAFT. CRAFT är ett vetenskapligt beprövat program med syfte att hjälpa närstående och familjemedlemmar till en ökad livskvalitet. Syftet med anhörigprogrammet är att motivera sina närstående till nykterhet/drogrfrihet. I Roozens et al. (2010) studie framkom att CRAFT är mer engagerande jämförelsevis med många andra program som finns för anhöriga till personer med ett skadligt bruk av alkohol eller droger. För anhöriga som genomgått CRAFT har det inneburit minskad ångest, ilska och depression. De anhöriga upplevde dessutom en ökad förmåga att sätta gränser och bejaka sina egna behov samt övertyga sina närstående att söka vård (a.a).

## 2.4 Byte av vårdinstans/miljö

I Föräldrabalken kapitel 6 beskrivs att vårdnaden om ett barn gäller till det att barnet fyller 18 år och förklaras myndig (SFS, 1949:381). Efter att en patient fyllt 18 år får information om patienten inte lämnas till någon anhörig utan patientens samtycke. I Offentlighets- och sekretesslagen (SFS, 2009:400) beskrivs sekretess som att det är tystnadsplikt i allmän verksamhet, det vill säga ett förbud att lämna ut privata handlingar. I detta ingår förbud att röja uppgift, vare sig detta sker muntligen, genom utlämnande av handling eller på något annat sätt.

Lindgren (2014) har fokuserat på unga vuxna som tidigare varit aktuella inom barn- och ungdomspsykiatri och som förflyttats till vuxenpsykiatri. I resultatet framkom att det var av vikt att ha en övergångsplanering tillsammans med patienten och dess anhöriga i samband med att patienten blev 18 år. Om processen skulle lyckas var det nödvändigt att den planerades i god tid och att vårdpersonalen hade en öppen och inkluderande attityd till de

anhöriga. Sannolikheten ökade att patienten fortsatte vara kvar i vården om stöd gavs i samband med övergången till vuxenvården.

I Lindgrens (2014) avhandling framkom att om de anhöriga skulle orka fortsätta att kämpa önskade de avlastning i det tunga ansvaret och ville vara mer delaktiga i vården, vilket då kunde leda till större tillit och förtroende för vården. De anhöriga behövde eget stöd för att kunna klara sin egen livssituation.

I studier genomförda i Kanada, USA, Storbritannien och Australien har det framkommit en brist på integration och samarbete mellan vårdinstanser inom psykiatrisk vård och beroendevården då överföringen ska ske från barn- och ungdomsvård till vuxenvård (Cappelli et al., 2014). Ett projekt genomfördes för att se över om det blev en förbättring med individuella vårdplaner mellan instanserna. Vid uppföljning framkom att vårdplanerna främjade kontinuiteten i vården. Det framkom även att det fanns behov av en modellutveckling eftersom det uppstod väntetider, vilket minskade den långsiktiga kontinuiteten.

Höjer (2009) har i sin studie undersökt hur unga personer som har haft kontakt med socialtjänsten i Sverige upplevde övergången från vård via socialtjänsten till ett självständigt liv. Resultatet visade att unga personer som avslutat sin kontakt med socialtjänsten har socialt, emotionellt, praktiskt och ekonomiskt fortsatt behov av stöd.

I Lindgrens (2016) studie var syftet att beskriva upplevelsen av föräldraskapet till en ung vuxen med psykisk sjukdom i övergången till vuxenlivet. Det som bland annat framkom var att föräldrarna upplevde en maktlöshet och en känsla av ofrånkomlig plikt med begränsade möjligheter att bli befriad från sitt ansvar. De anhöriga upplevde att de var maktlösa mot samhället, den psykiatriska sjukvården samt gentemot deras närstående. I samma studie framkom att i samband med att deras barn övergick till vuxenvården klev de anhöriga in i en frustrerande och skrämmande värld. I studien framkom att föräldrarna kunde behöva ett fortsatt stöd trots att deras barn har uppnått myndighetsålder och att vuxenpsykiatrin måste ha en inkluderande inställning till anhöriga. Med en god omvårdnad till hela familjen kunde anhöriga befrias från sitt ansvar och sin tunga börda (a.a).

### **3. Problemformulering**

Inom psykiatrin och beroendevården i Sverige arbetar sjuksköterskor. De möter anhöriga till patienter med skadligt bruk av alkohol eller droger. Många av de personer som är runt dem som brukar alkohol eller narkotika påverkas negativt i någon utsträckning. Ofta försämras

livskvaliteten allvarligt för såväl föräldrar, syskon, barn, partner som andra anhöriga. För att minska anhörigas lidande i den situation de befinner sig i finns olika anhöriggrupper som ger möjlighet för deltagarna att stödja varandra. Att få träffa andra människor som lever i en liknande situation kan vara ett stöd för anhöriga. Forskning om anhöriga till personer med skadligt bruk av alkohol eller droger är dock ett eftersatt forskningsområde. Detta är oroande eftersom anhöriga bär ett tungt ansvar för sina närstående. Det saknas även kunskap om anhörigas situation vid samsjuklighet men det finns beskrivet att anhöriga är ett stöd för patienten. Det finns studier inom psykiatrisk vård där det framkommit att det finns otydliga rutiner kring inkluderandet av anhöriga i vårdandet, vilket leder till psykisk ohälsa för anhöriga. Forskning visar att anhöriga upplever positiva möten med vårdpersonalen då de fått innefattade guidning, information och råd från personalen. I studier förtydligas att sjuksköterskans förståelse för patienten ökar om de anhöriga inkluderades i den psykiatriska vården, eftersom de har känt sin närstående under lång tid och kunde delge väsentlig information.

Det saknas forskning kring anhörigas situation när närstående övergår från barn- och ungdomsvård till vuxenvård inom beroendevården. Det finns studier inom psykiatrisk vård som tar upp ämnet där det framkommer att föräldrarna behöver ett fortsatt stöd trots att deras barn uppnått myndighetsålder och att vuxenpsykiatrin bör ha en inkluderande inställning till anhöriga för att minska lidandet för anhöriga. Med en god omvårdnad till hela familjen kan anhöriga befrias från sitt tunga ansvar.

För att sjuksköterskor och annan personal i hälso- och sjukvården ska kunna stödja och bemöta anhöriga är det av vikt att kunskapen om anhörigas situation i olika perspektiv fördjupas. Mer kunskap angående anhörigas situation kan vara av vikt för personal inom hälso- och sjukvården som möter anhöriga i sitt arbete, men även andra personer i samhället såsom exempelvis politiker, anhörigorganisationer eller personer som arbetar inom socialtjänsten.

#### **4. Syfte**

Syftet är att undersöka hur sjuksköterskor beskriver anhörigas situation när närstående vårdas i beroendevården samt vad som händer med anhöriga när närstående övergår från barn- och ungdomsvård till vuxenvård.

## 5. Teoretiska utgångspunkter

Sjuksköterskor vårdar personer och inte dess sjukdomar eller symptom (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Med denna inställning kan omvårdnadsteorier bidra till förståelsen av såväl patientens berättelse som av sjuksköterskans observationer (a.a). Den teoretiska modellen för denna uppsats är Afaf Ibrahim Meleis transitionsteori. Denna teori är passande då den fördjupar sig i förändringar och övergångar i människors liv (Meleis, 2007). Transition är ständigt pågående i livsprocessen förflyttar sig från en fas till en annan. Fokus i denna studie är att få en ökad förståelse för hur anhörigas olika livssituationer förändras till patienter med skadligt bruk av alkohol eller droger. I resultatdiskussionen kommer teorin att diskuteras för att belysa resultatet. Enligt Meleis, Sawyer, Im, Messias och Schumacher (2000) är det av vikt att vårdpersonal förstår egenskaperna och de villkor som ingår i en övergångsprocess. Exempel på transition kan vara under sjukdom då en person går från hälsa till ohälsa. Om personal inom sjukvården förstår detta leder det till en utveckling av omvårdnaden både vad det gäller patienten och deras familjer. Det vill säga att det är av vikt som sjuksköterska att främja hälsa vid en övergångsprocess och livsförändringar. Yrkesuppgiften blir att stödja och förbereda för denna process (a.a).

För att helt kunna förstå en transitionprocess beskriver Meleis (2007) att det är av betydelse att förstå vilka förändringar denna process kan medföra och att i slutet av processen kan en persons hela livsvärld förändrats. Omvårdnadens handlingar och interventioner kan hjälpa personen att få viktiga behov tillgodosedda. Det kan leda till en ökad förmåga till anpassning, förmåga till egenvård, hälsa och välbefinnande. Elmberger (2004) använde sig av transitionbegreppet i en av sina analyser. Elmberger (2004) beskriver begreppet transition i hennes avhandling utifrån ett symboliskt interaktionistiskt perspektiv med en tillvaro som skapas här och nu i interaktionen. Huvudsyftet med hennes avhandling var att beskriva hur kvinnor och män med cancersjukdom och hemmaboende barn erfor att vara förälder. Elmberger (2004) beskrev att en god transition är när resultatet av god omvårdnad lett till välbefinnande för patienten

## 6. Metod

Studien är en kvalitativ studie med induktiv ansats och semistrukturerade intervjuer. Kvalitativ forskning är intresserad av en specifik människas upplevelse av det som studeras (Polit & Beck, 2012). Syftet i kvalitativa studier är att söka och nå en djupare förståelse kring ett fenomen och få ny insikt i området som analyserats. Polit och Beck (2012) beskriver att

kvalitativa studier är en viktig källa för inspiration för induktiva ansatser. Enligt Elo och Kyngäs (2007) innebär en induktiv ansats en förutsättningslös analys av skrifter som kan vara baserade på människors berättelser och deras upplevelser.

## 6.1 Urval

Kriterier för urvalet av deltagare till intervjuerna var sjuksköterskor och verksamma inom beroendevården som bedrivs av landstingets regi. I sitt arbete skulle de ha mött anhöriga till patienter som har kontakt med beroendevården.

Kontakt togs med verksamhetschefen för beroendevården (*bilaga 1*) i en större svensk stad. Efter dennes medgivande att genomföra studien inom verksamheten kontaktades via e-post chefssjuksköterskor, både inom slutenvård och öppenvården. De fick då ett informationsbrev gällande studien (*bilaga 2*). En chefssjuksköterska bjöd in till sjuksköterskemöte vilket gav möjlighet att informera om studien. De andra chefssjuksköterskorna informerade sjuksköterskor om studien. Åtta informanter rekryterades i åldrarna 30–60 år varav fem kvinnor och tre män. Deras arbetslivserfarenhet inom beroendevården var mellan sex månader och 30 år. Alla arbetade vid intervjutillfället inom beroendevården. I stort sett hade alla erfarenhet av både öppenvård och slutenvård och hade i sitt arbete mött anhöriga till unga vuxna patienter mellan 18 och 25 år. Alla arbetade med patienter över 18 år, men sex informanter hade även arbetat med patienter under 18 år. En av informanterna hade arbetat som sjuksköterska men hade skaffat sig en ytterligare yrkeskompetens.

## 6.2 Datainsamling

I denna studie användes en så kallad semistrukturerad intervjumetod och en intervjuguide användes under alla intervjuer (*bilaga 3*). Med detta menas att det finns en frågeguide med specificerade frågor för att säkerställa att intervjun håller sig inom ramen för det område som ska studeras (Polit & Beck, 2012). Intervjuaren vet med andra ord vad den ska fråga men kan inte förutse svaren. I samband med intervjun är det av vikt att uppmuntra informanten att tala fritt om ämnet med sina egna ord. Frågor som kan svaras med ja eller nej bör undvikas. Målet med intervjun är att erhålla nya beskrivningar i ord av olika kvalitativa aspekter av intervjupersonernas livsvärld.

För att testa intervjuguiden innan datainsamlingen genomfördes två provintervjuer. Efter dessa gjordes mindre justeringar tillsammans med handledaren. Intervjuguiden användes som



utgångspunkt under alla intervjuer men frågornas ordningsföljd ändrades utifrån informanternas samtal. Frågorna inleddes med öppna frågor som successivt blev mer avsmalnande och detaljerande. Om behov uppstod ställdes klargörande frågor. Även följdfrågor användes, som exempelvis: Kan du ge ett exempel? Vad händer då? Hur blir det då? Följdfrågorna ledde till att informanterna vidareutvecklade vad som sagts. Mot slutet av intervjun sammanfattades intervjun kort och informanten blev tillfrågad om det fanns något mer som denne ville ta upp. Intervjuerna pågick mellan 18 och 46 minuter.

Alla informanterna valde att bli intervjuade på sin egen arbetsplats. Intervjuerna spelades in med författarens smartphone och ljudfilerna sparades över på ett dataminne och därefter raderades från telefonen. Författaren har ordagrant transkriberat alla intervjuerna allt eftersom att de varit genomförda.

### 6.3 Dataanalys

Det finns inga exakta universella regler för att analysera data (Polit och Beck, 2012). Det innebär att det finns olika sätt att konvertera en stor mängd insamlad data till mindre delar. Krippendorff (2004) menar att en text får sin mening genom läsaren och att en text inte har endast en given mening. Det vill säga att flera tolkningar är möjliga och kan vara möjliga trots att de är olika.

Materialet som insamlades analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats (Elo & Kyngäs, 2007). Tolkningen av informanternas berättelser bör utföras med stegvis noggrannhet. Analysen genomfördes i tre faser: förberedelse, organisering och rapportering. Förberedelsen innebar att ta ställning till om analysen skulle ha induktiv eller deduktiv ansats och vilka delar i texten som skulle analyseras. En deduktiv forskning utgår från en befintlig teori (a.a). Eftersom det finns lite forskning i ämnet ansågs den induktiva ansatsen vara bättre lämpad än deduktiv forskning. Elo och Kyngäs (2007) uppger att rapporteringen innebär att på ett tillförlitligt och transparent sätt rapportera hur data analyserats för att nå ett resultat. Först lästes den transkriberade texten flera gånger för att författaren skulle bli väl bekant med texten. Efter det sammanfattades varje intervju av författaren. Sedan påbörjades den öppna kodningen. Enligt Elo och Kyngäs (2007) ska idéer, tankar och ställningstaganden som urskiljs i texten koda och noteras. Meningsbärande uppkom. Enheterna bestod av en eller fler meningar och ibland delar av en mening. Enheterna ströks under och fördes ut till marginalen där de omformades till mer övergripande koder. Sedan grupperades koderna på separat papper och sorterades och omsorterades och bildade underkategorier. Koderna studerades noga. Vissa av koderna passade ihop och andra särskilde

sig från varandra. Författaren eftersträvade att hitta homogena kategorier i processen vilket ledde till underkategorier. Slutligen skapades fyra underkategorier som resulterade i två huvudkategorier som bildade ett resultat. Se illustration av analysprocessen i matris (*bilaga 4*).

## 7. Forskningsetiska överväganden

Vetenskapsrådet (2002) beskriver att inför varje vetenskaplig undersökning skall ansvarig forskare väga för och emot av värdet av det förväntade kunskapsstillskottet. Det är av vikt att fundera kring om berörda undersökningsdeltagare/uppgiftslämnare och eventuellt en tredje person kan utsättas för möjliga risker. Överväganden fanns att intervjua anhöriga till patienter med skadligt bruk av droger eller alkohol men författaren kunde se att detta kunde leda till vissa risker både för den anhörige och hans närstående. Eftersom ämnet var outforskat bestämdes att sjuksköterskor i stället skulle bli intervjuade. I samband med projektplaneringen av studien kunde inga risker för deltagarna identifieras.

Enligt vetenskapsrådet (2002) kan det grundläggande individskyddskravet åskådliggöras i fyra allmänna huvudkrav på forskning. Studien planerades utifrån dessa krav: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

Gällande informationskravet menas att forskaren ska informera om forskningen och forskningens syfte vilket gjordes innan intervjutillfället i denna studie i form av informationsbrev till verksamhetschef, chefsjuksköterskor samt sjuksköterskor som blev erbjudna att delta i studien. Författaren informerade alla informanterna om syftet med studien åter igen i anslutning till intervjun.

Gällande samtyckeskravet menas att deltagare i undersökningen har rätt att själva bestämma över sin medverkan, vilket var tydligt i informationsbrevet samt att författaren påminde informanter om detta precis innan intervjutillfället. Deltagarna blev också informerade om att de kunde avbryta sin medverkan utan att detta skulle medföra negativa följder för dem. Ett skriftligt samtycke gavs för underskrift till deltagarna innan intervjutillfället där det också framgick att deltagande var frivilligt och att informanten när som helst kunde avbryta intervjun utan att behöva informera om varför.

Gällande konfidentialitetskravet menas att alla uppgifter i en undersökning ska deltagarna konfidentialitet säkerställas och personuppgifterna ska förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem. Inspelningarna har sparats på ett USB-minne som endast författaren har tillgång till. I den transkriberade texten har inga namn skrivits och i avrapporteringen går

det inte att identifiera uppgiftslämnaren. Informanterna har valt att bli intervjuade på deras egen arbetsplats, vilket skulle kunna innebära att någon i samma arbetsgrupp haft vetskap om att de deltog i studien. Författaren har dock övervägt detta och inte ansett att ämnet är ett känsligt ämne som kan innebära något lidande för informanten.

Gällande nyttjandekravet menas att insamlade uppgifter om enskilda personer får enbart användas för forskningsändamål och inte användas eller utlånas för kommersiellt bruk eller andra icke-vetenskapliga syften, vilket inte är avsikten med denna studie.

## 8. Resultat

Dataanalysen resulterade i två kategorier med två underkategorier vardera. Den första kategorin är den som beskriver anhörigas situation vid övergång från barn och ungdomsvård till vuxenvård med underkategorier: bristande insyn och förändrad livssituation och.

Den andra kategorin beskriver anhörigas situation med ständig oro när man har en närstående med skadligt bruk av alkohol eller droger. Denna kategori formuleras i två underkategorier vilka var psykisk merbelastning och social merbelastning.

### 8.1 Anhörigas situation vid övergång från barn- och ungdomsvård till vuxenvård

#### 8.1.1 Bristande insyn

Alla informanter nämnde lagstiftningen gällande sekretess i samband med att de blev tillfrågade om anhörigas situation när deras närstående gick från barn- och ungdomsvård till vuxenvård. Informanter beskrev att det mer var de yngre patienterna som uppgav att de önskade sekretess gentemot sina anhöriga och då främst sina föräldrar. Föräldrar hade innan barnen blev 18 år haft full insyn i vården och fick efter 18-årsdagen inte ta del av någonting. Från en dag till en annan innebar det en väldigt snabb övergång med mindre insyn i vården.

Det var ingen av informanterna som kunde beskriva att det fanns någon särskild rutin från landstinget hur övergången från barn- och ungdomsvård till vuxenvård skulle ske för patienten och dess anhöriga. Flera av informanterna beskrev att de upplevde att de anhöriga kände sig mer maktlösa, förtvivlade, förvirrade och oroliga om de inte fick någon inblick i hur överföring till annan vårdinrättning såg ut, eftersom de då tappade kontrollen helt över den svåra situationen.

Jag brukar säga har man en anhörig som är jätteorolig ge dom så mycket information som är möjligt. För de kommer att göra dom mindre oroliga. (Informant 8)

Informanterna beskrev att när de anhöriga inte fått veta någonting hur vården fungerade gällande deras närståendes kände de frustration, förtvivlan och en total maktlöshet. I vissa fall fick anhöriga inte ens veta om deras närstående var i kontakt med vården eller inte. Detta beskrevs som smärtsamt för de anhöriga, som kunde uppleva sig svikna både av sina närstående och av vården. Alla informanter uttryckte dock att de försökte få samtycke av patienterna så att de kunde informera anhöriga om vissa saker men att det inte alltid gick. Det beskrevs av informanterna att om anhöriga fått ta del av viss information och hade viss insyn i vården och situationen kring sina närstående skapades ett större lugn. Det kunde exempelvis vara att få veta att de kommit som planerat eller att få ta del av provsvarsresultat.

Då känns det som de har lite kontroll i alla fall. De är ju inte helt i blindo. Dom får vara delaktiga på något sätt. Annars blir det som att dom utesluts från vården helt. (Informant 6)

Det framkom från informanter att så länge det fungerade bra för den närstående var de mer villiga att tillåta anhöriga att vara delaktiga i vården, men när motivationen brustit och ett återfall varit ett faktum var det flera närstående som avsåg sig att de anhöriga skulle vara delaktiga i vården. Det beskrevs som en stor skillnad från hur det var innan de fyllt 18 år och ledde till en känsla av vanmakt för anhöriga.

### *8.1.2 Förändrad livssituation*

Informanterna uttryckte att i samband med att en närstående med skadligt bruk av alkohol eller droger räknas som vuxen förändras livssituationen för de anhöriga. Det vill säga att de anhörigas situation förändras och deras livsvillkor och hälsa påverkas i det dagliga livet. Sekretesslagen gäller om inget annat sägs och de anhöriga blir inte automatiskt inblandade i vården eftersom tystnadsplikten gäller. Exempel som informanterna uppgav var att anhöriga fick vara med i ett väntrum men fick inte, eller blev inte tillfrågade om att följa med in i bedömningssamtalet. Detta beskrev informanterna som en tydlig förändring från tidigare då de anhöriga alltid varit inkluderade. Innan deras närstående fyllt 18 år var de vana vid att få tillgång till all information. Den starka brytningen vid övergången mellan barn- och ungdomsvården till vuxenvården beskrevs av informanterna leda till en känsla av att tappa kontrollen och öka oron för den närstående.

Att ha en närstående mellan 18-25 år med skadligt bruk av alkohol eller droger är inte lätt uppgav informanter. De är inte barn men inte heller vuxna som går att lita på. Många bor hemma och blir försörjda av sina anhöriga, men räknas i sjukvården som vuxna. Informanter

beskrev att det var extra svårt för de föräldrar som hade barn med psykiatrisk samsjuklighet eftersom det ofta varit de som bokat tider och arrangerat allt runt sin närstående sedan tidig ålder. I samband med 18-årsdagen kanske vården krävt att den närstående ska kontakta vården själv.

Det är ju jättetufft för anhöriga när ungdomen blir 18 år. Plötsligt ställs dom anhöriga utanför. Dom blir utan information, plötsligt. Dom bjuds inte med naturligt utan det ska ske genom ungdomen då. Dom kan få jätteproblem om dom skulle bli oroliga igen och få med sig ungdomen hit. Det var ju mycket lättare tidigare. Till exempel nu är han 18 vad gör jag nu? Det är ju stor impact på liksom hur deras situation blir tycker jag. (Informant 5)

En annan förändring som beskrevs av informanterna var att innan den närstående fyllt 18 år var gränsen lägre för vilka som erbjöds vård. För att bli erbjuden slutenvård vid vuxen ålder beskrivs av informanterna att patienterna måste vara väldigt sjuka jämförelsevis med tidigare då de räknades som barn, vilket leder till en förändring för de anhöriga. Informanterna uppgav exempelvis att beroende på hur illabefinnandet visade sig hade betydelse för vilken typ av vård som erbjöds. De anhörigas närstående blev inte erbjuden vård på samma sätt vid vuxen ålder. Tidigare har den närstående blivit erbjuden vård vid ångest eller haschmissbruk vilket inte inträffade på samma sätt vid vuxen ålder. Då fick anhöriga ta sina vuxna närstående hem och försöka ta hand om dem själva.

Några informanter hade svårt att beskriva de anhörigas situation i samband med byte från barn- och ungdomsvård till vuxenvård. Detta kunde exempelvis bero på att de anhöriga inte var med och det var därför svårt att berätta om deras situation. Flera av informanterna beskrev dock att unga vuxna patienter mellan 18-25 år i större utsträckning än äldre hade med sina anhöriga.

Informanterna uttalade att patienterna har haft ett skadligt bruk av alkohol eller droger olika lång tid innan sin 18-årsdag, vilket betydde att anhöriga varit med olika länge i vårdförloppet. Anhöriga som varit med under lång tid hade hunnit bli mer okänsliga kring situationen och deltog inte i vården i samma utsträckning. Deras känslor visade sig inte på samma sätt som när de närstående var yngre. Informanter beskrev att en kraft fanns initialt men allt eftersom åren gick bröts de anhöriga ner. De uttryckte inte sina känslor lika tydligt. I början av kontakten med beroendevården framhöll informanterna att anhöriga ofta uttryckte ett hopp och efterlyste utbildning om av vad som kunde göras.

Är man ny i beroendeproblematiken då är man med på tåget. Men har det där tåget gått hundra gånger då är det väldigt många som försvinner bort. Sen finns det några tappra som hänger kvar. (Informant 4)

Det framkom från informanterna att vissa patienter som kom till vuxenvården några år tidigare hade haft kontakt med barn- och ungdomsvården. Det hade sedan varit ett glapp på några år då de inte haft någon kontakt med beroendevården men sedan kommit tillbaka. Informanterna uppgav att glappet i vissa fall kunde bero på att det fungerat bra under viss tid men att något sedan hänt i livet som inneburit att de börjat dricka eller använt droger igen. En informant beskrev att när unga vuxna flyttade hemifrån hade vissa mindre kontakt med sina anhöriga. Om den närstående sedan i 30-årsåldern hamnade påverkad på akuten i en ohållbar situation kunde deras anhöriga bli helt chockade. En av informanterna beskrev att under det glappet hade de anhöriga haft det jobbigt. De hade då under lång tid försökt att trycka på och motivera sina närstående till beroendevården. Om de anhöriga till slut lyckades få kontakt med beroendevården igen hade de kämpat under lång tid vilket beskrevs som påfrestande. Vissa av informanterna hade svårt att precisera situationen kring de anhöriga under tiden då de närstående inte haft någon kontakt med beroendevården. De flesta av informanterna beskrev dock att de närstående haft olika kontakter med olika instanser fram och tillbaka under lång tid. Vissa av de närstående hade bott på behandlingshem eller haft sjukvård i andra städer och under den tiden hade de anhöriga oftast deltagit i vården på något sätt. Informanterna beskrev att de flesta anhöriga hade varit inblandad i deras närståendes vård en längre tid, med olika instanser som exempelvis psykiatrin, behandlingshem och socialtjänsten.

## **8.2 Anhörigas situation med ständig oro**

### *8.2.1 Psykisk merbelastning*

Psykisk oro har med själen att göra. Den psykiska oron påverkar våra tankar och känslor.

Flera av informanterna beskrev att anhöriga ofta uttryckte starka känslor när de träffade eller pratade med närstående i telefonen. Ett par informanter berättade att en del anhöriga utvecklade egen ångestproblematik eller utmattningssyndrom på grund av den ständiga oron för sin närstående. Det fanns erfarenhet bland informanter att anhöriga kunde upplevas som deprimerade, fyllda av sorg och skuld. Exempelvis uppstod det för vissa svårigheter med att tänka och koncentrera sig, vilket innebar en psykisk merbelastning.

Informanterna beskrev att anhöriga ibland var arga när de pratade med vårdpersonal. Plötsligt kan det vanliga beteendet för en anhörig förändras och utvecklas till aggression mot personal. Informanter uppgav att det förmodligen var den ständiga oron som gjorde dem lätt

arga och irriterade. Vidare uppgav informanterna att vara anhörig till en person som har skadligt bruk av alkohol eller droger och ofta även en annan psykiatrisk problematik kan innebära många tvära och snabba kast. Mycket kan förändras från en dag till en annan. Ena dagen är deras närstående på sjukhus och säger att den vill bli drogfri och nästa dag befinner sig den närstående på något helt annat ställe och har kommit på andra tankar kring drogfriheten. Informanterna uttalade att de anhöriga är i en situation där de kände hopp ena dagen och dagen efter befann de sig i förtvivlan. Dessa tvära kast påverkar de anhöriga psykiskt menade informanterna.

Det beskrevs av informanterna att anhöriga ofta kunde upplevas frustrerade och maktlösa över tillståndet de befann sig i eftersom de inte visste hur de skulle hantera situationen. Informanter uppgav att efter att den närstående påvisat drogfrihet eller nykterhet under viss tid och ett återfall sedan inträffat skildrades en speciell oro utifrån den frustration som uppstod. Exempelvis då den anhöriga hade haft hopp om att det den här gången skulle bli bra men inte blev det.

Det framkom av informanter att vissa anhöriga kunde uppleva en vanmakt över att det inte fanns något mer som kunde göras. Detta kunde leda till att anhöriga fick egna problem som till slut resulterade i uppgivenhet. De kunde utveckla psykiska problem och skulle då behövt få hjälp av vården.

Informanterna beskrev också att många anhöriga har uttryckt skuld över den närståendes situation. Att det var deras fel att det blivit som det blivit vilket lett till att de känner sig värdelösa. Detta har i sin tur lett till förtvivlan, stark känsla av sorg och hopplöshet.

Förtvivlan över situationen och då är väl skuld det dom känner. Att det är deras fel och förtvivlan över att dom är ledsna över det som är. Väldigt ledsna. (Informant 7)

Flera informanter beskrev att de anhöriga upplevdes som oroliga över att deras närstående skulle dö eller försvinna. En informant belyste att de var rädda för att deras närstående kunde skada sig själv eller andra. Informanterna uttalade också att anhöriga som levte nära sina närstående och sett dem i påverkat tillstånd beskrevs som oroliga över hela den komplicerade situationen. En informant berättade att det fanns anhöriga som sagt att de ibland önskade att deras närstående skulle vara död för att man då i alla fall visste var hen befann sig.

Det gäller ju bara för dom här stackars människorna att stå ut ibland. Man vet inte var personen är eller. Man ser det värsta scenariot framför sig. (Informant 5)

Den ständiga anspänning som anhöriga upplevde beskrevs av informanterna kunde leda till att vissa anhöriga blev uttröttade, irriterade och kunde få sömnsvårigheter. Informanterna beskrev att de anhöriga ofta såg trötta ut vilket de också bekräftade. De var trötta över situationen men även trötta på grund av sömnbrist. Det framkom att inga lugna stunder existerade för de anhöriga. Informanterna uttryckte även att anhöriga blev uttröttade av att inte veta hur de skulle hjälpa sina närstående, vilket ledde till en känsla av vanmakt. Tröttheten som beskrevs verkade genomsyra hela kroppen och även sinnet.

Dom är trötta. Dom säger att dom inte orkar mer. (Informant 3)

### *8.2.2 Social merbelastning*

Med social oro avses att oron blir så stor att vardagen förändras. Det vill säga att de anhöriga undviker att göra sådant som de egentligen vill göra eller tidigare gjort men inte längre klarar av. Anhörigas sociala liv påverkades och innebar en social merbelastning.

Informanterna uttryckte att oron ibland förlamade anhöriga i deras vardagliga liv och att deras livsstil förändrades fullständigt under lång tid. Detta på grund av att de blev uppslukande av att deras närstående hade ett skadligt bruk av alkohol eller droger. Sådant som tidigare varit ett glädjeämne för anhöriga beskrev informanterna hade efter en tid försvunnit. Informanterna uppgav att vissa anhöriga isolerade sig i sin hemmiljö istället för att åka ut på resor som de kanske avsett att göra när deras barn blivit stora. En informant beskrev att de anhöriga hade ensamhetskänslor. Ensamma i den unika situationen men även ensamma på grund av isolering i sin hemmiljö.

Vissa anhöriga ägnade stor del av tillvaron till att leta efter sina närstående. En informant menade att de anhöriga blev utmattade av detta letande. De fick ofta ringa till olika instanser, såsom polisen, häktet eller sjukhuset. Det kunde alltid hända något med deras närstående. Telefonen kunde när som helst ringa och det kunde då vara från olika myndighetspersoner som exempelvis polisen eller sjukhuset. Oron blev omöjlig att kontrollera vilket ledde till en oförmåga att slappna av mer än korta stunder. Anhöriga åkte ibland med sina närstående till akutmottagningen för att de själva skulle få en paus. Det kunde då bli en stund då de visste var den närstående befann sig och de kunde få vila en stund från lidandet som sökandet innebar.

Folk försvinner och då kan det vara allt från döden till att patienten är inne hos polisen eller sjukhuset det är så otroligt mycket tid som ska läggas ner på att ringa runt och hålla på. Och se efter dom där personerna. (Informant 4)



Vissa av de anhöriga upplevdes bli helt uppslukande av situationen och att de varit det under lång tid. En informant uppgav att de anhöriga levde som att de hade tonårsbarn hemma fast de var vuxna. En informant beskrev att mycket kraft hade gått åt till att ta hand om de närstående och att de inte fått tid eller kraft att ta hand om sig själva, all koncentration och förmåga att fatta beslut kring sin egen situation fungerade inte längre.

## 9. Diskussion

### 9.1 Metoddiskussion

För att besvara syftet i studien användes en kvalitativ ansats. Granheim och Lundman (2004) illustrerar användningen av begrepp som rör forskningsförfarandet. De föreslår olika åtgärder i forskningsförfarande för att uppnå en trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet. Denna studies metod kommer diskuteras utifrån dessa begrepp.

#### 9.1.1 Trovärdighet

Enligt Granheim och Lundman (2004) ska förfarandet av datainsamling och analys vara så trovärdig som möjligt. Läsaren ska kunna lita till korrektheten av den insamlade datan samt forskarens analys av den.

Inom kvalitativ forskning är en viktig del att förstå människan genom att samla och analysera data som är subjektivt beskrivet (Polit & Beck, 2012). Om forskaren väljer rätt datainsamlingsmetod för att besvara forskningsfrågan stärks studiens trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2004). För att få förståelse av sjuksköterskornas berättelser och beskrivningar ansågs kvalitativ metod lämplig för denna studie. Polit och Beck (2012) beskriver för att på ett trovärdigt sätt beskriva en innehållsanalys krävs att forskaren kan analysera och förenkla data som bildar kategorier och teman som speglar studiens syfte på ett tillförlitligt sätt. Dessutom ska det gå att visa en länk mellan resultatet och uppgifterna som insamlats via intervjuerna (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuerna genomfördes med personal som arbetat både inom slutenvård och öppenvård, vilket kan ha påverkat resultatet. Insamlingen av datamaterialet och analysen av materialet sker ofta parallellt enligt Polit och Beck (2012), vilket gjordes i denna studie eftersom det drog ut på tiden att få in informanter. Det finns en risk för inkonsekvens om insamling av data tar för lång tid menar Graneheim och Lundman (2004). De menar att initiala insikter i början av processen kan influera resterande

forskningsprocess. Intervjuerna tog fem månader att genomföra vilket anses som en väl sammanhållen period.

Materialet som insamlades analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats enligt Elo & Kyngäs (2007). För att få det överskådligt och underlätta hur analysprocessen gått till väga gjordes en matris (*bilaga 4*). Polit och Beck (2012) uppger att en kvalitativ forskare måste kunna avgöra och balansera vad som har ett berikande värde att informera om i sitt resultat. Att bilda kategorier är kärnan i kvalitativ innehållsanalys menar Graneheim och Lundman (2004). Det är dock inte alltid möjligt att skapa kategorier när texten berör mänskliga erfarenheter. Att bilda kategorier var en ny erfarenhet för författaren, vilket inte var helt okomplicerat.

### 9.1.2 Pålitlighet

Gällande pålitligheten är det av vikt att förmedla till läsaren hur den insamlade datan har hanterats och hur forskaren ändrar sina beslut under analysprocessen (Graneheim & Lundman, 2004).

I denna studie genomfördes semistrukturerade intervjuer som intervjumetod. Åtta informanter med olika lång arbetslivserfarenhet rekryterades, i åldrarna 30–60 år varav fem kvinnor och tre män. Att välja informanter med mångfaldiga erfarenheter ökar möjligheten att illustrera forskningsfrågan från flera olika aspekter (Graneheim & Lundman, 2004). En intervjuguide användes under alla intervjuer. Två provintervjuer utfördes innan datainsamlingen påbörjades, vilket gav möjlighet att praktisera intervjuteknik samt pröva frågorna. Intervjuguiden innebar en trygghet för författaren eftersom den då hela tiden var enkelt att gå tillbaka till om samtalet övergick att prata om något annat än inom det område som skulle studeras. Författaren utvecklades som intervjuare allt eftersom ju fler personer som blivit intervjuade. Under de sista intervjuerna var författaren mer bekväm i sin roll som intervjuare och kunde ge informanterna mer utrymme att berätta något det önskade berätta något ytterligare om. Det går dock inte att utesluta att om en intervjuare som har haft mer erfarenhet intervju erhållit ett annat resultat. Tanken var till en början att rekrytera tio sjuksköterskor men efter att åtta personer blivit intervjuade upplevdes en mättnadskänsla, vilket innebär när information upprepar redan etablerad information (Polit & Beck, 2012).

Under hela processen har tankar och arbete lagts ner för att hantera förförståelse då det är omöjligt att arbeta helt fördomsfritt. Bland annat har författaren diskuterat fortlöpande kring detta med sin handledare. En styrka i resultatet är att författaren fann nya fynd kring de

anhörigas ständiga oro. Det visar att författaren har varit öppen inför vad informanterna beskrev.

### **9.1.3 Överförbarhet**

Graneheim och Lundman (2004) beskriver att överförbarhet innebär huruvida studieresultatet går att applicera till andra grupper eller sammanhang. Det är av vikt att ge en tydlig beskrivning av studiens kontext, urval, egenskaper hos informanterna, datainsamlings- och analysprocessen för att öka trovärdigheten. En riklig presentation av fynden tillsammans med lämpliga citat ökar överförbarheten. Författaren har haft som ambition att genomföra en studie som är så överförbar som möjligt genom att ge en tydlig bild av informanternas situationer och erfarenheter. Resultatet indikerar vissa likheter med andra svenska studier vad det gäller förändringar för anhöriga i samband med överföringen mellan barn- och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri.

## **9.2 Resultatdiskussion**

För att få en djupare förståelse av studiens resultat i förhållande till det givna syftet kommer det i resultatdiskussionen diskutera centrala fynd i relation till Afaf Ibrahim Meleis transitionsteri och annan forskning. Resultatet kommer diskuteras utifrån de två huvudkategorierna som framkom: Anhörigas situation när en närstående övergår från barn- och ungdomsvård till vuxenvård inom beroendevården, Anhörigas situation med ständig oro då en närstående har ett skadligt bruk av alkohol eller droger.

### **9.3 Anhörigas situation vid övergång från barn- och ungdomsvård till vuxenvård**

Det som framkom tydligast i informanternas beskrivning var att de anhöriga till närstående med skadligt bruk av alkohol eller droger förlorade inblick i vården i samband med att deras barn skulle räknas som vuxen. Informanter poängterade att i samband med att de närstående räknades som vuxen förändrades livssituationen för anhöriga. Det kunde ske från en dag till en annan att anhöriga inte längre på ett naturligt sätt var delaktiga i vården, vilket ledde till att deras roll förändrades fullständigt. Detta kunde vara utifrån olika anledningar som exempelvis att den närstående inte ville inkludera sina anhöriga i vårdförloppet eller att rutinerna inom vården inte var att inkludera de anhöriga då den närstående blivit myndig.

Den bristande insynen i vården påverkade de anhöriga. Alla informanter beskrev att beroende på hur insynen i vården såg ut skilde sig situationen för de anhöriga. Om personal fick berätta lite om den närståendes situation så minskade oron för anhöriga.

### *9.3.1 Bristande insyn*

När ett barn söker hälso- och sjukvård är grundprincipen att vårdnadshavarna ansvarar för sina barn (SFS, 1982:763). I takt med barnets stigande ålder och utveckling så ska mer hänsyn tas till barnets vilja. Detta innebär att patienter som är 18 år kan säga att de inte vill delge någon information till någon anhörig gällande vårdförloppet. Informanterna uppgav att det inte finns några vedertagna rutiner för att inkludera patientens anhöriga i en överföring från barn- och ungdomsvård till vuxenvård på deras arbetsplatser. Från en dag till en annan kan insynen i vården för anhöriga skiljas åt markant. Detta kan liknas med Meleis (2007) transitionsteori som menar att transition är en ständigt pågående livsprocess som förflyttar sig från en fas till en annan, vilket blir tydligt för de anhöriga i samband med att deras närstående som alltid räknats som barn tvärt räknas som vuxen.

Det visas i flera studier inom psykiatrisk vård att det finns svårigheter med samverkan mellan anhöriga och kontakten med vården (Blomqvist & Ziegers, 2011; Ewertzon, 2012; Weinmand, Hedelin, Hall-Lord & Sällström, 2011). Precis som i Lindgrens (2016) studie framkommer i denna studie att föräldrarna upplever en maktlöshetskänsla över situationen då de inte har samma rätt och möjlighet till insyn i vården och möjligen extra svårt för anhöriga till närstående med samsjuklighet. I Lindgrens (2014) avhandling framkom att anhöriga önskade vara mer delaktiga i vården, vilket då kunde leda till större tillit och förtroende för vården. Ett fynd i föreliggande studie är att ju mer information de anhöriga får ta del av kring sin närståendes situation ju bättre mår den anhörige. Om anhöriga inte får ta del av någonting av vården över huvud taget upplever anhöriga frustration, förtvivlan och en total maktlöshet. Detta beskriver informanterna är smärtsamt för de anhöriga och leder till en känsla av att vara sviken av både sin närstående och av vården. Detta kan liknas med Johanssons (2014) avhandling som hade ett övergripande syfte att få en djup kunskap om att vara föräldrar till vuxna barn med långvarig psykisk sjukdom. Resultatet visade att när föräldrar inte fick ta del av information från vårdpersonal ledde det till att de kände sig utestängda från den professionella vården. Om föräldrarna endast fick lite insyn i barnets vård ledde det till ökad belastning hos föräldrarna. Det går att dra en parallell med Afaf Ibrahim Meleis transitionsteri som betonar att det är av betydelse att vårdpersonalen förstår vilka förändringar vårdprocesser

medför eftersom i slutet av en transition kan en persons hela livsvärld förändrats (Meleis, 2007).

### 9.3.2 Förändrad livssituation

Informanterna uttalade att livssituationen för anhöriga kan ändras snabbt i samband med att anhörigas barn går från barn- och ungdomsvård till vuxenvård. Förändringen för de anhöriga kan dessutom vara svår att förutse eftersom att patienten har rätt att bestämma över vilken inblick de anhöriga ska ha i vården. Ett fynd i studien är att nya känslor framkommer hos de anhöriga i samband med att och deras barn räknas som vuxna. Den starka brytningen vid övergången mellan barn- och ungdomsvården till vuxenvården leder för vissa anhöriga till en känsla av att tappa kontrollen och oron ökar därmed. Extra svårt för de föräldrar som har barn med psykiatrisk samsjuklighet. Det psykiska illabefinnandet får en ny dimension. Detta överensstämmer väl med vad Hattar-Pollara (2009) beskrev kring människans olika transitionsfaser utifrån Meleis transitionsteori. Vissa av faserna gick att förutse medan andra var plötsliga, ofrivilliga och oförutsägbara. De oförutsägbara faserna beskrivs som att de kunde vara en större risk för hälsan, vilket även framkommer i denna studie. Denna studie fann även att innan närstående passerat vuxen ålder blev deras närstående erbjudna vård vid ångest eller haschmissbruk vilket inte inträffar på samma sätt vid vuxen ålder. Istället tar de anhöriga hem sina vuxna närstående och får försöka ta hand om dem själva. Liknande beskrevs i Lindgrens (2016) studie. Anhöriga klev in i en frustrerande och skrämmande värld i samband med att deras barn räknades som vuxna och att föräldrarna ofta behövde ett fortsatt stöd trots att deras barn har uppnått vuxen ålder.

Patienter som informanter träffar har haft ett skadligt bruk av alkohol eller droger olika lång tid innan sin 18-årsdag, vilket betyder att anhöriga varit med olika länge i vårdförloppet. I föreliggande studie framkom att anhöriga som varit med under lång tid kring sin närstående har hunnit bli mer okänsliga kring situationen. Deras känslor visar sig inte på samma sätt längre som när de närstående var yngre. De uttryckte inte sina känslor lika tydligt. De uttryckte till en början stark oro som efter vis tid var mer accepterande. Detta kan liknas med Meleis (2007) transitionsteori som beskriver att transition är en ständigt pågående livsprocess som förflyttar sig från en fas till en annan

## 9.4 Anhörigas situation med ständig oro

Det som framkom tydligast i informanternas beskrivning av att vara anhörig till en person med skadligt bruk av alkohol eller droger var den ständiga oron som de upplevde. Denna ständiga oro medförde olika livsomständigheter för de anhöriga som var kopplat till en oförmåga att slappna av. Att ha ett barn eller en närstående som har ett skadligt bruk av alkohol eller droger innebär för den anhörige att leva med oro. Oron finns hela tiden för att den närstående kan dö när som helst. En person som är anhörig till en person med skadligt bruk av alkohol eller droger utsätts för hög psykisk och social merbelastning.

### 9.4.1 Psykisk merbelastning

I studien framkom att anhöriga till närstående med skadligt bruk av alkohol eller droger kan utveckla egna psykiska problem på grund av den situation med konstant oro som de befinner sig i. Exempelvis finns initialt en kraft hos de anhöriga men allt eftersom åren går bryts de anhöriga ner menar informanterna. Detta kan liknas med Meleis (2007) transitionsteori att förändringen mellan två tillstånd är ständigt pågående.

I denna studie framkom att anhöriga till närstående med skadligt bruk av alkohol eller droger lever med existentiella frågor kring sin anhörig, vilket Wilkund (2008a) beskrev i sin studie att även patienterna gjorde. Det kan alltid hända något kring sin närstående som har ett skadligt bruk av alkohol eller droger. Tydliga oförutsägbara händelser kan uppstå. Det kan vara allt från döden till att deras närstående skadat sig själv eller någon annan. Dessa oförutsägbara händelser beskriver Hattar-Pollara (2009) vara en risk för hälsan. I Johanssons (2014) avhandling framkom också att föräldrar levde med ständig oro. Oron var bland annat att deras barn skulle försämras eller begå självmord. I Östman och Kjellins (2002) studie var syftet att undersöka stigmatisering för anhöriga då deras närstående var inlagda på akutpsykiatriska avdelningar. Av de anhöriga uppgav 18 procent att de hade haft tankar kring att det vore bättre om deras närstående inte fanns. Det var främst de anhöriga med egen psykisk ohälsa som uppgav detta. I denna studie där syftet var att beskriva anhörigas situation indikerade liknande resultat då anhöriga kunde uttrycka känslor att det vore bättre om den närstående var död för då skulle de veta var den närstående var.

Ramstedt et al. (2014) beskrev i sin studie att anhöriga till närstående med skadligt bruk av alkohol eller droger hade faktiska negativa konsekvenser på grund av andras användning av alkohol eller narkotika. I den undersökningen framkom dock inte vilken typ av negativa konsekvenser. Det som främst lyfts fram i denna studie som negativ konsekvens är att vara

anhörig till någon med skadligt bruk av alkohol eller droger innebär en konstant psykisk oro som genomsyrar hela kroppen.

I denna studie framkommer även att många anhöriga uttrycker skuld över den närståendes situation, vilket leder till förtvivlan innehållande mycket stark känsla av sorg och hopplöshet. Liknande framkom i Weinmand et al. (2011) studie då känslor som beskrevs gentemot de närstående var hopplöshet, sorg, osäkerhet, ensamhet, skuld, skam, oro och dåligt samvete.

I Hodgins et al. (2007) studie framkom att anhöriga till personer med skadligt bruk av alkohol eller droger var i stort behov av stöd för att kunna stötta sina närstående. Det kan vara av vikt att utbilda vårdpersonal i programmet CRAFT då det i Roozen et al (2010) studie framkom att CRAFT är ett engagerande program som inneburit minskad ångest, ilska och depression för de anhöriga som har närstående som har ett skadligt bruk av alkohol eller droger.

#### *9.4.2 Social merbelastning*

Informanterna beskrev att anhörigas oro för deras närstående förlamar dem i deras vardagliga liv och att deras livsstil förändras fullständigt under lång tid. Anhöriga utvecklar bland annat ensamhetskänslor. I Johanssons (2014) avhandling uppges likaså att anhöriga upplevde att de var väldigt ensamma och saknade tid för sig själva. Östman, Wallsten och Kjellin (2005) hade som syfte att undersöka belastningen för anhöriga som hade närstående med psykiatrisk problematik. Det framkom i studien att anhöriga påverkades socialt av den tunga belastningen. Exempelvis framkom att de anhörigas möjlighet att arbeta och att ha en givande fritid kunde bli påverkad. Dessutom framgick det att de anhöriga ofta tog ett stort ansvar för att vardagen skulle fungera.

Ett fynd i denna studie var att anhöriga till närstående med skadligt bruk av alkohol eller droger var beredda på att det alltid kunde hända något. I likhet med Johanssons (2014) resultat framkommer i denna studie att anhöriga lever i en ständig beredskap och att de anpassar sin egen situation utifrån deras vuxna barns behov. Flera informanter beskriver att det är vanligt att anhöriga ägnar stor del av tillvaron till att leta efter sina närstående. Detta tröttar ut de anhöriga, vilket bland annat leder till ett nytt livskede av isolering och ett psykiskt illabefinande. Därutöver försvinner med tiden sådant som tidigare varit ett glädjeämne för anhöriga. Hattar-Pollara (2009) beskrev att det var av vikt för vårdare att ha förståelse för de mångdimensionella och dynamiska transitionfaserna eftersom det just kunde leda till att patienter och anhöriga fick ett bättre stöd i de olika livsskedena.

I resultatet framkommer att anhöriga ibland blir deprimerade och inte klarar vardagen på grund av att de är uppslukade i sin närståendes beteende och skadliga bruk av alkohol eller droger. Detta kan betyda en ekonomisk utsatthet för de anhöriga och i förlängningen kan även samhället drabbas. Wiklund (2003) uppger att under en vårdtid är det inte bara vårdaren och patienten som agerade med varandra, utan även samhället under hela processen.

## **10. Kliniska implikationer**

Resultatet visar att anhörigas situation under vårdprocessen leder till känslomässig smärta och lidande. Studiens resultat visar vikten av att vårdpersonal är ett professionellt stöd för anhöriga som befinner sig i denna situation samt uttrycker denna oro. Studien visar även ett värde av att anordna gemensamma utbildningar för patienter och anhöriga inom beroendevården för att belysa de anhörigas situation. Därtill framkommer flera fördelar med anhörigas delaktighet i vården. Det hade varit intressant och kunnat ge en möjlighet till fortsatt utveckling och forskning för att stärka sjuksköterskornas roll i bemötandet av anhöriga.

Genom fortsatt forskning och fördjupad kunskap i området kan utbildning ges till sjuksköterskor och annan personal i hälso- och sjukvården och därigenom kan vården av patienter och stöd till anhöriga integreras så att de drabbades lidande minskas.

## **11. Förslag till fortsatt forskning**

Denna studie visar på att sjuksköterskor har uppfattningen av att situationen förändras för anhöriga när deras närstående byter från barn- och ungdomsvård till vuxenvård inom beroendevården. Sjuksköterskornas beskrivningar är att anhöriga till en person med skadligt bruk av alkohol eller lever med ständig oro. Framtida forskning bör undersöka erfarenheterna från anhöriga mot en bakgrund av sjuksköterskors uppfattningar kring deras situationer. Det finns även behov av ytterligare forskning utifrån patient, anhörig och sjuksköterskeperspektiv för att undersöka vad som händer med de anhöriga när närstående övergår från barn- och ungdomsvård till vuxenvård inom beroendevården. Forskning med ett fokus kring anhörigas situation som har närstående med samsjuklighet och flera olika vårdkontakter skulle också kunna bidra till ökad förståelse för anhörigas situation.



## 12. Slutsats

Situationen förändras tvärt för anhöriga då deras närstående byter från barn- och ungdomsvård till vuxenvård eftersom de anhöriga därefter inte blir automatiskt inkluderade i vården. Om anhöriga inte har någon insyn i beroendevården leder det till att de anhöriga uttrycker maktlöshetskänslor över situationen. Det uppstår en extra belastning för anhöriga som har närstående med psykiatrisk samsjuklighet.

Den komplicerade situationen att ha en närstående som har ett skadligt bruk av alkohol eller droger leder till att anhöriga utsätts för en ständigt mycket hög psykisk- och social merbelastning.

Sjuksköterskan har en viktig roll i att integrera vården av patienten och ge stöd till anhöriga så att de drabbades lidande minskas. Genom fortsatt forskning och fördjupad kunskap i området kan rutiner utarbetas i hälso- och sjukvården så att sjuksköterskor och annan personal ges förutsättningar för att övergång från barn- och ungdomsvård till vuxenvård ska bli så lyckad som möjligt.

## Referensförteckning

- Beuchamp, T. L., & Childress, J. (2013). *Principles of Biomedical ethics* (7th ed.). New York: Oxford University Press.
- Björk, I. (2016). "Till slut så blir det ett sätt att leva" *En intervjustudie om livssituation och hälsa hos anhöriga till personer med alkoholproblematik*. (Examensarbete, Ersta Högskola, Institutionen för vårdvetenskap). Hämtad 3 sept 2016  
<http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:934589/FULLTEXT01.pdf>
- Blomqvist, M., & Zieger K. (2011) 'Family in the waiting room': A Swedish study of nurses' conceptions of family participation in acute psychiatric inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*. 20, 185–194.
- CAN (2014). *Drogutvecklingen i Sverige*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Från  
<http://can.se/contentassets/3f30e3b70ebb461c928fdcd5a0c3606/drogutvecklingen-i-sverige-2014.pdf>
- Capelli, M., Davidson, S., Racek, J., Leon, S., Vloet, M., Tataryn, K.,...Lowe, J. (2014). Transitioning Youth into Adult Mental Health and Addiction Services; An Outcomes Evaluation on the Youth Transition Projekt. *Journal of Behavioral Services & Research*, (9). doi:10.1007/s11414-014-9440-9
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: I teori och praxis*. Stockholm: Natur & kultur.
- ECNN (2015). Europeisk narkotikarapport 2015. *Trender och utveckling*. Luxemburg: Europeiska unionens publikationsbyrå. Från  
[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_239505\\_SV\\_TDAT15001SVN.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_239505_SV_TDAT15001SVN.pdf)
- Elmberger, E. (2004). *Att som förälder få en cancersjukdom. Erfarenheter av föräldrars ansvar*. (Doktorsavhandling, Karolinska Institutet, Institutionen för Omvårdnad ). Från <http://esh.diva-portal.org/smash/get/diva2:320300/FULLTEXT01.pdf>
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Ewertzon, M. (2012). *Familjemedlem till person med psykossjukdom: Bemötande och utanförskap i psykiatrisk vård*. (Doktorsavhandling, Örebro Universitet, School of Health and Medical Sciences). Från <http://oru.diva-portal.org/smash/get/diva2:488711/FULLTEXT02>
- Franck, J., & Nylander, I. (2012). *Beroendemedicin*. Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

- Hattara- Pollara, M. (2009). Developmental transitions. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory. Middle-Range and situation-specific theories in nursing research and practice.* (pp. 87-94). New York, Springer publishing company.
- Hodgins, S., Tengström, A., Bylin, S., Göransson, M., Hagen, L., Jansson, M., ... Pedersen, H. (2007). Consulting for substance abuse: Mental disorders among adolescents and their parents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(5), 379 – 386. doi: 10.1080/08039480701643423
- Höjer, I. (2009). Young people leaving care in Sweden. *Child & Family Social Work*. 1(15), 118- 127. doi:10.1111/j.1365-2206.2009.00661.x
- Johansson, A. (2014). *Ändlös omsorg och utmätt hälsa. Föräldraskapets paradoxer när ett vuxet barn har långvarig psykisk sjukdom.* (Doktorsavhandling, Örebro University, Care Sciences). Från <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:710765/FULLTEXT02.pdf>
- Johansson, K. & Wirbing, P. (2008). *Riskbruk och missbruk.* Stockholm: Natur & kultur.
- Krippendorff, K. (2004). 2:a upplagan. *Content analysis. An introduction to its Methodology.* Sage Publications Inc., Thousand Oaks, London, New Delhi.
- Lindgren, E. (2014). *It's All About Survival.* (Doktorsavhandling, Luleå University of Technology, Department of Health Science).
- Lindgren, E. (2016). Being a Parent to a Young Adult with Mental Illness in Transition to Adulthood. *Mental Health Nursing*, (37) 98-105. 2016. doi:10.3109/01612840.2015.1092621
- Lindholm, A M. (2015). *Personer med samsjuklighet. Livsvillkor och behov av vård och stöd.* (Masteruppsats, Linnéuniversitetet Växjö, Institutionen för pedagogik). Hämtad 26 sept 2016 <http://lnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:908975/FULLTEXT01.pdf>
- Malmquist, J. (2015). (u.å.) I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 6 december 2015 från *Nationalencyklopedin*, anhörigvård.<http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/anhörigvård>
- Mellberg, H., Hakkarainen, P., Houborg, E., Jäaskeläinen, M., Skretting, A., Ramstedt, M., Rosemqvist, P. (2011). Measuring the harm of illicit drug use on friends and family. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* (28)2, 105-122.
- Meleis, A.I. (2007). *Theoretical nursing: Development and progress.* Philadelphia. Lippincott-Raven Publishers.
- Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E-O., Hilfinger Messias, D.K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12-28.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor. (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård*. Stockholm: Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor.
- Ramstedt M., Sundin E., Landberg J., Raninen J. (2014). *ANDT-bruket och dess negativa konsekvenser i den svenska befolkningen 2013 – en studie med fokus på missbruk och beroende samt problem för andra än brukaren relaterat till alkohol, narkotika, dopning och tobak*. STAD-rapport 55. Stockholm: STAD (Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem).
- Roozen, H., Waart, R., & van der Kroft, P. (2010). Community reinforcement and family training: an effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction*, 105, 1729–1738.
- Rusner, M. (2015). Vård för ett bärkraftigt vardagsliv vid psykisk ohälsa. L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa: På avancerad nivå*. (s. 399-414). Lund: Studentlitteratur.
- SFS (1949:381). *Föräldrabalk*. Hämtad 17nov, 2016, från Riksdagen, [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/foraldrabalk-1949381\\_sfs-1949-381](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/foraldrabalk-1949381_sfs-1949-381)
- SFS (1982:763) *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 4maj, 2016, från Riksdagen, [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763\\_sfs-1982-763](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763)
- SFS (2009:400). *Offentlighets- och sekretesslag*. Hämtad 18nov, från Riksdagen, [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400\\_sfs-2009-400](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400)
- Socialstyrelsen (2015a). *Narkotikarelaterade dödsfall. En analys av 2014 års dödsfall och utveckling av den officiella statistiken*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2015b). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svensk sjuksköterskeförening (2014). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Statens Offentliga Utredningar. 2011:35 (2011). Bättre insatser vid missbruk och beroende. Från <https://data.riksdagen.se/fil/3DEA0A51-FC5F-43E2-AB94-D7B8FA3CD203>
- The World Health Organization. (2016). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10). Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use*. WHO. Från <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F10-F19>

- Thurang, A. (2012). *Vardagslivet och vårdandet för kvinnor och män med alkoholberoende: En studie om alkoholberoende kvinnor och mäns levda erfarenhet av att leva med och vårdas för alkoholberoende*. (Doktorsavhandling, Linnéuniversitetet, Institutionen för vårdvetenskap). Från <http://lnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:535584/FULLTEXT01.pdf>
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Från [http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494\\_forskningsetiska\\_principer\\_2002.pdf](http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf)
- Weimand, B., Hedelin, B., Hall-Lord, M-L. & Sällström, C. (2011). "Left Alone with Straining but Inescapable Responsibilities:" Relatives' Experiences with Mental Health Services. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(11), 703-710. doi:10.3109/01612840.2011.598606
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Wiklund, L. (2008a). Existential aspects of living with addiction – Part I: meeting challenges. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2426-2434. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02356.x
- Wiklund, L. (2008b). Existential aspects of living with addiction – Part II: caring needs. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2435-2443. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02357
- Wiklund Gustin L. & Lindwall L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Östman, M. & Kjellin, L. (2002). Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 181(6), 494-498. doi:10.1192/bjp.181.6.494
- Östman M, Wallsten T & Kjellin L. (2005) Family Burden and Relatives' Participation in Psychiatric Care: are the Patient's Diagnosis and the Relation to the Patient of Importance? *International Journal of Social Psychiatry*, 51(4),291–301. doi:10.1177/0020764005057395

## Bilaga 1. Informationsbrev till verksamhetschef



Hej!

Mitt namn är Eva Clasing och jag är sjuksköterska som arbetar inom beroendecentrum för Unga Vuxna i Stockholm. Just nu läser jag min specialistutbildning inom psykiatrisk vård för sjuksköterskor på Ersta Sköndal högskola.

Nyligen har jag påbörjat min magisteruppsats som avser att beskriva sjuksköterskors upplevelser gällande anhöriga till personer med beroendeproblematik. Studien avser att fokusera på anhörigas förändrade situation i samband med att deras barn övergår från barn/ungdomsvård till vuxenvård. Syftet med studien är att beskriva anhörigas erfarenheter från sjuksköterskans synvinkel. För att nå detta behöver jag intervjua ca 10 sjuksköterskor som har erfarenhet av att arbeta inom beroendevård med vuxna patienter och också haft kontakt med deras anhöriga.

Därför ber jag om ditt medgivande att genomföra studien inom ditt verksamhetsområde. För att få kontakt med sjuksköterskor för intervjuer avser jag i första hand ta kontakt med chefssjuksköterskor vid öppenvårdsmottagningar och vårdavdelningar inom beroendevården. Varje intervju tar ca 1 timme och kommer att spelas in och sparas på ett dataminne vilket kommer att förstöras efter att de är transkriberade. Det kommer inte förekomma några namn eller personuppgifter vem som blivit intervjuad eller var personen arbetar. Den som väljer att delta kan när som helst avbryta utan att lämna någon förklaring till varför. Resultatet kommer att redovisas i ett examensarbete som kommer att finnas tillgänglig som en rapport i både pappersformat och som elektroniskt via Ersta Sköndal högskolas bibliotek och kan bli publicerad som en artikel. Studien fyller inget kommersiellt syfte.

Om du har frågor eller vill ha någon information kring studien ring gärna mig Eva Clasing eller min handledare Mats Ewertzon v.g. se mailadresser och telefonnummer nedan.

Vore tacksam för svar om du ger ett medgivande eller inte så snart som möjligt.

Mats Ewertzon  
Lektor, fil. Dr  
Ersta Sköndal Högskola  
Institutionen för vårdvetenskap  
Tel. 08-55505053  
E-post mats.ewertzon@esh.se

Eva Clasing  
Leg. Sjuksköterska, fil. Kand  
Ersta Sköndal Högskola  
Institutionen för vårdvetenskap.  
Tel. 073-656 83 5  
E-post Eva.clasing@student.esh.se

## Bilaga 2. Informationsbrev till informanter



Förfrågan om deltagande i undersökning.

Till dig som är sjuksköterska och arbetar inom beroendevården

Denna studie vänder sig till sjuksköterskor som arbetar med vuxna patienter inom beroendevården. Studien avser att söka svar på sjuksköterskors upplevelser gällande anhöriga till patienter med beroendeproblematik. Fokus i studien ska vara kring anhörigas förändrade situation i samband med att deras barn övergår från barn/ungdomsvård till vuxenvård. Syftet med studien är att beskriva anhörigas erfarenheter från sjuksköterskans synvinkel.

Enligt mig är denna kunskap viktig för att sjuksköterskor och andra som arbetar inom beroendevården ska få ökad förståelse gällande de anhörigas situation i samband med att deras barn blir vuxen.

Med denna information tillfrågas Du om Du kan tänka dig delta i undersökningen

Om Du vill medverka kommer Du få vara med om en intervju. Intervjun är som ett vanligt samtal under ca en timme, och kommer med Ditt medgivande att spelas in. Intervjuerna kommer sedan skrivas ut, för att underlätta bearbetningen. Det skrivs inga namn eller andra personuppgifter som visar vem som har blivit intervjuad. Det är jag Eva Clasing som kommer att intervju. Intervjuupptagningen kommer att sparas på ett dataminne (USB). Insamlat material kommer att förvaras inlåst. En rapport kommer att skrivas när alla intervjuer är genomförda och då förstörs dataminnet. Rapporten kommer att finnas tillgänglig såväl i pappersformat som elektroniskt via Ersta Sköndal högskolas bibliotek och kan bli publicerad som en artikel.

Ditt deltagande i denna undersökning är frivilligt och Du kan när som helst avbryta Din medverkan utan förklaring. Om du har några frågor om studien, kontakta någon av nedanstående personer.

Är Du intresserad av att delta så kontakta mig. Jag finns på telefonnummer 073-6568355 eller skickat ett mail till [eva.clasing@student.esh.se](mailto:eva.clasing@student.esh.se)

Mats Ewertzon  
Lektor, fil. Dr  
Ersta Sköndal Högskola  
Institutionen för vårdvetenskap  
Tel. 08-55505053  
E-post [mats.ewertzon@esh.se](mailto:mats.ewertzon@esh.se)

Eva Clasing  
Leg. Sjuksköterska, fil. Kand  
Ersta Sköndal Högskola  
Institutionen för vårdvetenskap.  
Tel. 073-656 83 5  
E-post [Eva.clasing@student.esh.se](mailto:Eva.clasing@student.esh.se)

## Bilaga 3. Intervjuguide



### Intervjuguide

1. Kan du berätta för mig vad du har för erfarenhet av att möta anhöriga i ditt arbete.
2. Hur upplever du att anhörigas situation är till personer med beroendeproblematik?  
Kan du beskriva ett par särskilda situationer?
3. Vad är din erfarenhet kring anhörigas förändrade situation vid övergång från barn/ungdomsvård till vuxenvård inom beroendevården?  
  
Kan du beskriva ett par särskilda situationer?
4. Vad är din uppfattning. Vill vårdpersonal inom beroendevården ha kontakt med anhöriga?



## Bilaga 4. Exempel dataanalys

<b>Meningsbärande enhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Underkategori</b>	<b>Huvudkategori</b>
Ja det blir ju så himla lockat på. Till och med från sjukhuset.	Sekretess	Bristande insyn	Överföring
Väldigt stark brytning där på något sätt för helt plötsligt får man inte reda på någonting.	Stark brytning	Förändrad livssituation	Överföring
Har man ett barn, ungdom eller anhörig som missbrukar då får man leva med oro.	Konstant oro	Psykisk merbelastning	Anhörigas situation
Det kan alltid hända något. Telefonen kan alltid ringa och säga nu ligger han eller hon här. Det är från sjukhuset eller polisen eller vem det nu är som ringer.	Vakta hela tiden. Beredd	Social merbelastning	Anhörigas situation