

Linda Säterhof & Jeanette Zachrisson

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete, 15 hp

Grundnivå.

Handledare: Ragnar Piskator

Examinator: Kent-Inge Perseius

## **Hör mig, se mig!**

**Erfarenheter av möten med psykiatrisk vård hos personer med psykisk ohälsa – en litteraturöversikt**

## **Hear me, see me!**

**Experiences from psychiatric care in family members to persons with psychiatric illness – a literature review**

## Sammanfattning

- Bakgrund:** 1995 års psykiatrireform har inneburit en förändring där den psykiatriska vården numera bedrivs till största del inom primär-/ öppenvården och från patientens hem. Anhöriga till personer med psykisk ohälsa har fått en ny roll, från att ha varit utestängda från psykiatrin ska de numera ses som en resurs och vara en del av sin närståendes vård. Konsekvensen av detta har blivit att anhöriga behöver ta ett stort ansvar för deras nära som är psykiskt ohälsa. Att dela vardagen med en närstående som har psykisk problematik kommer rimligtvis medföra en stor påverkan på det dagliga livet.
- Syfte:** Syftet var att belysa upplevelser hos anhöriga till personer med psykisk ohälsa samt deras erfarenheter av kontakten med den psykiatriska vården.
- Metod:** Litteraturoversikt bestående av 12 stycken kvalitativa artiklar granskade enligt Fribergs (2012a) steg för analys. Funna likheter har sammanställts i teman och subteman. Den teoretiska utgångspunkt som valdes är Joyce Travelbees mellanmännsliga relation då den beskriver mötet mellan människor och förklarar etablerandet av en vårdrelation.
- Resultat:** Anhöriga upplevde sig ha ett behov av bekräftelse, få tydlig information, känna delaktighet och bli erbjudna stöd för att lindra bördan. De ville ha ett fungerande samarbete med sjuksköterskan och bli sedda som en resurs. Samarbetet skulle grunda sig i en kontinuerlig kontakt där ömsesidigt utbyte av kunskap tas tillvara. Vid tillfällen då de anhöriga kände sig bekräftade och involverade av sjuksköterskan resulterade det i positiva erfarenheter som ledde till att situationen kändes hanterbar.
- Diskussion:** Sjuksköterskan har en viktig uppgift i att samarbeta med anhöriga och få de att känna sig delaktiga. Känner de anhöriga att de får stöd kan de lättare hantera situationen vilket medför möjligheter till avlastning och återhämtning. Då de anhöriga upplever ett utanförskap bör sjuksköterskan tillsammans med de anhöriga hitta strategier för att göra situationen mer hanterbar.
- Nyckelord:** Anhöriga, psykisk ohälsa, behov, erfarenheter, kontakt, psykiatrin.

## **Abstract**

**Background:** The Swedish mental health reform from 1995 has signified a change where the psychiatric care nowadays mainly is conducted in outpatient care units and in patients' home environment. Family members with a next of kin suffering from mental illness have gained a new role. Earlier they were often excluded from the psychiatric care but now they are expected to be a resource and be an important part of their next of kin's care. They often have to take a great responsibility for their next of kin that suffers from mental illness. Sharing everyday lives with a person suffering from mental illness must reasonably have a great impact on every day life.

**Aim:** The aim was to highlight perceptions of being a family member to persons with mental illness and their experiences of contact with psychiatric care.

**Methods:** Twelve qualitative studies were included in this literature review and were analyzed according to Friberg's step-by-step method (2012a). The similarities are brought together in themes and subthemes. Joyce Travelbee's theory of human-to-human relationship was used as theoretical framework.

**Results:** Family members express a need of confirmation, receiving information, being involved and being offered support from psychiatric care. They want to cooperate and to be seen as a resource. Cooperation should ultimately be built upon a continuous contact and mutual exchange of knowledge. At times, when the family members felt confirmed by the nurse and were involved the outcome was more positive and the situation felt easier to handle.

**Discussions:** To establish cooperation with family members and make them feel involved is an important task for the nurse to take on. If family members feel that they receive support, they can more easily handle the situation and it is possible for them to recover. When family members experience alienation the nurse should help them find coping strategies to make the situation more manageable.

**Keywords:** Family members, mental illness, needs, experiences, contact, psychiatric care.

# Innehållsförteckning

<b>1. Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
<b>2.1. Psykisk ohälsa</b> .....	<b>1</b>
2.1.1. Psykossjukdom .....	2
2.1.2. Förstämningssyndrom .....	3
<b>2.2. Anhörig</b> .....	<b>3</b>
2.2.1. Att vara anhörig till personer med psykisk ohälsa .....	4
2.2.2. Stigmatisering .....	5
2.2.3. De anhörigas roll ur ett historiskt perspektiv .....	6
<b>2.3. Problemformulering</b> .....	<b>7</b>
<b>3. Syfte</b> .....	<b>7</b>
<b>4. Teoretisk utgångspunkt</b> .....	<b>7</b>
<b>4.1. Joyce Travelbee – den mellanmänskliga relationen</b> .....	<b>7</b>
<b>5. Metod</b> .....	<b>8</b>
<b>5.1. Urval och datainsamling</b> .....	<b>9</b>
<b>5.2. Analys</b> .....	<b>10</b>
<b>6. Forskningsetiska överväganden</b> .....	<b>11</b>
<b>7. Resultat</b> .....	<b>11</b>
<b>7.1. Anhörigas behov</b> .....	<b>12</b>
7.1.1. Stöd .....	12
7.1.2. Bli sedd .....	13
7.1.3. Information .....	13
7.1.4. Sekretess som hinder för information .....	15
7.1.5. Delaktighet .....	15
<b>7.2. Bemötandet från den psykiatriska vården</b> .....	<b>16</b>
7.2.1. Första kontakten med psykiatri .....	16
7.2.2. Sjuksköterskans förhållningssätt .....	17
<b>7.3. Positiva erfarenheter av mötet med psykiatri</b> .....	<b>18</b>
<b>8. Diskussion</b> .....	<b>19</b>
<b>8.1. Metoddiskussion</b> .....	<b>19</b>
<b>8.2. Resultatdiskussion</b> .....	<b>21</b>
<b>8.3. Praktiska implikationer</b> .....	<b>25</b>
8.3.1. Förslag på fortsatta studier .....	25
<b>9. Slutsats</b> .....	<b>26</b>
<b>Referensförteckning</b> .....	<b>28</b>
<b>Bilaga 1, Sökmatrix</b> .....	<b>32</b>
<b>Bilaga 2, Matris över urval av artiklar till resultatet</b> .....	<b>33</b>

## 1. Inledning

Sjuksköterskans vård och omsorgsarbete ska utgå från en helhetssyn på människan, det vill säga ett holistiskt förhållningssätt. Detta innebär att alla aspekter av människan, de fysiska, psykiska, sociala, kulturella såväl som andliga ska tas i beaktande (Socialstyrelsen, 2005). Människans sociala aspekt innefattar deras familj och vänner, det vill säga de anhöriga. Patienten och dess anhöriga bör således ses som en helhet och måste bemötas därefter. (Kirkevold & Strømsnes Ekern, 2003).

Stor del av de personer som lider av psykisk sjukdom är beroende av sina anhöriga för att få struktur i vardagen och få ett fungerande vardagsliv, detta medför att de anhöriga har en betydande roll för den sjuke (Socialstyrelsen, 1999). I sin tur ger detta ett behov av att fördjupa kunskaperna kring de anhörigas upplevelser, erfarenheter och behov i mötet med sjukvården.

Intresset för de anhörigas ställning och behov i vården väcktes efter en föreläsning kring ämnet ”Att vara anhörig till personer med psykisk ohälsa”. Vi fick då en insikt om hur de anhörigas situation ser ut samt hur mycket sjukvårdens bemötande och förhållningssätt kan påverka.

## 2. Bakgrund

### 2.1. Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett vanligt förekommande fenomen hos alla människor, en del av vårt vardagliga liv (Hedelin, 2006). Det innefattar subjektiva upplevelser av att känna sig nedstämd, orolig eller stressad och detta kan ha en inverkan på välbefinnandet (Socialstyrelsen, 2009). När dessa fenomen av någon anledning ökar till den grad att det har en negativ inverkan på det vardagliga livet, övergår det då till att vara ett problem som bör uppmärksammas (Hedelin, 2006). Det kan då medföra att individen upplever lidande och uppträder med ett avvikande beteende mot vad som förväntas från omgivningen (Perseius, 2010). Det kan även medföra såväl ekonomiska som sociala konsekvenser för den drabbade och dess anhöriga men även för samhället (Socialstyrelsen, 2001).

I det mer övergripande begreppet psykisk ohälsa innefattas psykisk sjukdom och psykisk störning. Psykisk sjukdom och psykisk störning används synonymt med varandra och har en likvärdig innebörd. Numera används främst begreppet psykisk störning då det är ett vidare begrepp som utöver psykisk sjukdom även innefattar andra psykiska svårigheter, exempelvis ångesttillstånd (Socialstyrelsen, 2001). Psykisk sjukdom eller psykisk störning diagnosticeras utifrån uppvisade symtom och beteenden och definieras utifrån två klassifikationssystem,

dessa är DSM-IV; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders och ICD-10; International Classification of Diseases (Skärsäter, 2010b, Socialstyrelsen, 2009).

Psykisk ohälsa anses vara ett av de största folkhälsoproblemen, näst efter hjärt- och kärlsjukdomar (Socialstyrelsen, 2001). En tredjedel av alla långtidssjukskrivningar samt de flesta förtidspensioneringar beror på psykisk ohälsa och det är även den sjukskrivningsorsak som ökar mest (Nationell psykiatrisamordning, 2006). En orsak till denna ökning kan vara att idag är det mindre tabubelagt i viss mån att tala om sin mentala hälsa (SOU 2000:91). Psykisk ohälsa i form av utbrändhet eller depression ses som acceptabelt att tala om medan andra mer allvarliga psykiska diagnoser fortfarande är tabu i samhället (Sjöblom, Pejler & Asplund, 2005).

Det finns samband mellan sjukdom och ohälsa, dock är de nödvändigtvis inte beroende av varandra. Sjukdom kan vara en bidragande faktor till ohälsa men det är inte en självklarhet eftersom sjukdom kan förekomma utan att medföra en känsla av ohälsa eller vice versa. Exempelvis kan sjukdom föreligga men om den sjuke saknar en reell sjukdomsinsikt behöver det inte innebära att individen upplever ohälsa (Nordenfelt, 2004).

Psykisk ohälsa i form av psykossjukdom och förstämningssyndrom är diagnoser som medför stor påverkan på det dagliga livet, både för den drabbade men även för de anhöriga (Skärsäter & Willman, 2006).

### 2.1.1. Psykossjukdom

Psykossjukdom är ett samlingsnamn för tillstånd där störd verklighetsuppfattning råder. Vanligt förekommande symtom är hallucinationer, förvirring och vanföreställningar samt en frånvaro av sjukdomsinsikt där den sjukes uppfattning och omgivningens uppfattning skiljer sig åt. En person räknas som psykotisk då han/hon misstolkar sina tankar och sinnesintryck och därigenom drar slutsatser som är felaktiga och således är en tydlig motsats till omgivningens, det vill säga har en gravt icke-reell verklighetsuppfattning. Något som bör ha i åtanke är att en psykotisk person ofta inte anser sig vara sjuk, till skillnad från exempelvis en patient med ångest eller depression, och är därför inte lika benägen att söka vård och hjälp (Allgulander, 2005). De vanligaste typerna av psykossjukdomar är schizofreni samt vanföreställningssyndrom men psykos kan även bero på exempelvis drogpåverkan, svår förstämningssyndrom (mani eller depression) eller till följd av isolering (Allgulander, 2005, Ottosson & Ottosson, 2007).

### 2.1.2. Förstämningssyndrom

Till gruppen förstämningssyndrom, även kallad affektiv sjukdom, hör unipolär depression och bipolärt syndrom. Dessa tillstånd innebär förändringar av sinnesstämningen. Till gruppen unipolär depression räknas egentlig depression och dystymi; det vill säga sjukligt svärmod under en period av minst två år. Bipolärt syndrom innefattar mani, depression, blandad episod samt cyklotymi; som innebär periodiska växlingar av humör (Skärsäter, 2010a).

Unipolär depression är ett tillstånd som har inverkan på en människas beteende, tankar och känslor samt påverkar den psykiska hälsan i stort. Nedstämdhet och minskat känslösamt engagemang kännetecknar egentlig depression, men även känslor av ångest förekommer. Vanliga symtom är känslor av värdelöshet, skuld, livsleda och suicidtankar (Skärsäter, 2010a).

Bipolärt syndrom inkluderar sjukdomsperioder av djup depression och upprymt stämningsläge, så kallat maniskt tillstånd. De sjuka perioderna varvas med friska där varken förhöjt eller sänkt stämningsläge föreligger. Vid maniska tillstånd upplevs bland annat en ökad aktivitetsnivå, ökad självkänsla och en lust att ge sig in i aktiviteter utan att tänka på konsekvensen av handlingen. Vid de depressiva perioderna finns en ökad risk för suicid och symtom som trötthet och energilöshet förekommer. Blandepisoder inkluderar tillstånd av både manisk och depressiv karaktär medan cyklotymi är instabila svängningar och en försämrad social funktionsförmåga. Bipolärt syndrom utgörs av typ I och typ II. Typ I innebär insjuknande i unipolär depression men vid senare tillfälle uppfylls även kriterierna för mani. Typ II innefattar återkommande depressioner och hypomani, förhöjt stämningsläge utan allt för stor påverkan på arbetsliv och relationen till andra människor (Skärsäter, 2010a).

## 2.2. Anhörig

Traditionellt beskrivs begreppet anhöriga som en grupp individer som är förbundna med varandra genom blodsband. En mer nutida definition kan vara att en anhörig är en unik individ som har ett känslomässigt och viktigt band till en annan människa (Kirkevold & Strømsnes Ekern, 2003). Carnevali (1999) definierar anhöriga som de personer som står närmast en patient och delar därigenom det dagliga livet men även hälso- och sjukdomsupplevelser. Det krävs inget släktskap för att räknas som anhörig utan det kan även innefatta exempelvis en nära vän. Det är denna definition som används i denna litteraturöversikt, det vill säga att begreppet anhörig innefattar familjemedlemmar, vänner och släktingar.

### 2.2.1. Att vara anhörig till personer med psykisk sjukdom

Johansson, Anderzen-Carlsson, Åhlin och Andershed (2010, 2012) har gjort studier kring föräldrars upplevelser av att ha barn med psykisk ohälsa. I studierna framkommer det att föräldrarna lever med en konstant osäkerhet och att vardagen är oförutsägbar. Att leva med någon som står en nära men som ändå betar sig främmande i vissa sociala sammanhang har en psykisk och känslomässig påverkan hos de anhöriga. De anhöriga tar ofta på sig skulden för familjemedlemmens försämrade psykiska hälsa. De känner sig tvungna till att alltid finnas till hands och ta ansvar. Detta leder till en ökad känsla av stress då livet är periodvis kaotiskt och ovisst samt den ständiga oron över hur det ska gå för den närstående som är psykiskt sjuk. Vardagen beskrivs även som en konstant kamp som kräver uppbringande av både mod och styrka.

När den närstående lider av psykossjukdom är det inte ovanligt att tvångsinläggningar kan bli aktuellt, något som kan kräva en anhörigs medverkan (Moberg, 2005). Tvångsvård och tvångsinläggningar är befogat när en person med psykisk sjukdom har liten eller ingen sjukdomsinsikt och utgör en fara för sig själv och andra. Detta baseras på att personen inte har förståelse för att behandling är nödvändigt. En tvångsinläggning kräver inblandning av flera aktörer; anhöriga, vårdpersonal, socialtjänst, primärvård samt allmänheten som har ett behov av att skyddas. En avvägning görs innan beslut tas och individens upplevelse av kränkning ska beaktas (Ottosson, 2003). Detta kan påverka relationerna i familjen, dels relationen mellan den sjuke och den anhöriga som tagit beslutet eller medverkar till tvångsintagningen men även relationen mellan de övriga familjemedlemmarna och anhöriga (Moberg, 2005). Att medverka till en tvångsintagning kan upplevas som ett etiskt dilemma och medföra skuld känslor för den anhöriga då de medvetet går emot den sjukets vilja (Johansson et.al., 2012). Tvångsvård kan många gånger upplevas som skrämmande för patienter då de hamnar i en främmande miljö och kan innebära en känsla av maktlöshet, att bli kränkt samt inte bli bemött med respekt (Lilja & Hellzén, 2008). En tvångsintagning och tvångsvård behöver dock inte alltid upplevas som något negativt, Andreasson och Skärsäter (2012) har i sin studie kring upplevelsen av tvångsintagning av personer med psykos upptäckt att det även förekommer positiva upplevelser, då en tvångsintagning kan medföra en känsla av trygghet och skydd för den sjuke.

Anhöriga har oftast under en längre tid fått bevittna hur en person som står dem nära förändras på ett obehagligt sätt när de söker hjälp inom psykiatrin för första gången (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Det kan handla om förändringar i form av social isolering eller ett avvikande beteende som exempelvis att höra röster, ha



förföljelsetankar, yttrar bisarra och ogrundade anklagelser samt att personen drar sig undan och har ett oförutsägbart beteende med aggressivitet och hot. Det är inte ovanligt att symtom på ett begynnande psykostillstånd kommer smygande och kan ibland vara svåra att särskilja från ett förväntat beteende, särskilt under tonårstiden (Cullberg, 2003). Denna förändring kan för den anhöriga resultera i ett lidande som är minst lika centralt som för den psykiskt sjuke eftersom det medför en bekräftelse på att något är fel. Att erkänna för sig själv att en familjemedlem lider av psykisk ohälsa eller sjukdom kan medföra känslor av ångest och frustration men även känslor av hjälplöshet och maktlöshet (Kirkevold & Strømsnes Ekern, 2003, Dahlberg et al, 2003). Anhöriga ses ofta som en resurs som kan komma att utnyttjas i vårdandet av den psykiskt sjuka familjemedlemmen. Upplevelser av att inte få möjlighet till delaktighet i vården av sin psykiskt sjuka närstående kan lämna spår i form av känsla av utsatthet för de anhöriga (Dahlberg et al, 2003).

Anhöriga intar en besvärlig dubbelroll då de inte bara är anhöriga utan även tar på sig ett stort ansvar för sin nära som lider av psykisk ohälsa. Denna nya roll som anhöriga tar på sig kan innebära en förändrad och försvårad familjerelation (Socialstyrelsen, 1999).

### 2.2.2. Stigmatisering

Att ha en familjemedlem som lider av psykisk sjukdom kan medföra stigmatisering, inte bara för den sjuke utan även för hela familjen (Östman & Kjellin, 2002, Östman, 2008).

Stigmatisering innebär en stämpling som annorlunda och avvikande från den sociala normen. Det kan röra sig om egenskaper som inte är högt värderade inom ett visst socialt sammanhang exempelvis hudfärg, sexuell läggning, händelser i det förflutna eller psykiska besvär (Goffman, 2011). Stigmatiseringen påverkar individer negativt då det ofta medför känslor av skam, skuld och vanära samt ett undandragande från sociala sammanhang. Stigmatisering yttrar sig genom förutfattade meningar och resulterar i upplevelser av diskriminering (Larson & Corrigan, 2008, Östman & Kjellin, 2002). Ofta upplever de anhöriga att deras självförtroende försämras samt att de har självmordstankar. Det är inte heller ovanligt att anhöriga önskar att den psykiskt sjuka närstående skulle dö (Östman & Kjellin, 2002). De försöker dölja att någon i familjen har drabbats av psykisk sjukdom, bland annat genom att inte berätta för utomstående, för att på så sätt minska känsla av stigmatisering (Larson & Corrigan, 2008, Östman & Kjellin, 2002).

### 2.2.3. De anhörigas roll ur ett historiskt perspektiv

Teorier och förklaringar till vad som orsakar psykisk sjukdom och de avvikande beteende som de medför har skiftat under historiens gång. Besatthet, straff för tidigare synder och bristande moral är några åsikter, såväl som teorier om att förtryck samt ekonomisk diskriminering är bakomliggande orsaker (SOU 2006:100). Även de anhörigas roll har skiftat, från att under vissa perioder ses som en orsak till psykiska sjukdomar till att ses som en värdefull resurs (Östman, 2005). Fram till 1800-talet var det familjen och de anhöriga som hade det primära ansvaret för personer med psykisk sjukdom. Ansågs dock familjen inte kunna kontrollera den sjuke familjemedlemmen överfördes ansvaret istället till samhället och konsekvensen av detta blev vanligtvis placering i fängelse, arbetsinrättningar eller familjehem (Östman, 2000).

Samhället har alltid strävat efter att komma tillrätta med förekomsten av psykisk sjukdom genom att erbjuda olika förklaringar och lösningar. Under 1800-talets senare hälft fram till början av 1900-talet rådde en institutionaliseringstrend som medförde att flera mentalsjukhus byggdes. Målet med dessa var att erbjuda en värdig vård samt att stärka samhället (SOU 2006:100, Östman 2005). Samhället ansågs dessutom vara en stressande miljö och dessa sjukhus, eller asylor som de även kallades, skulle fungera som en frizon där den sjuka kunde skyddas från de påfrestningar och press som ett liv ute i samhället innebar (Östman, 2000). Institutionaliseringsen av personer med psykisk sjukdom medförde således en effektiv avstängning från samhället men även från sina anhöriga (Cullberg, 2004). Avskiljningen från de anhöriga motiverades med att de anhöriga var en del av samhället och därför inte kunde erbjuda det skydd som den sjuke behövde. Detta innebar inte bara att all kontakt mellan patienten och de anhöriga bröts utan även ett utestängande från all information om diagnos och behandlingar (Östman, 2005).

Under 1900-talets andra hälft påbörjades en avinstitutionalisering som medförde en avveckling av mentalsjukhusen för att istället bereda plats för andra vårdformer såsom öppenvårdsinsatser samt ökat stöd ute i samhället (Markström, 2003, SOU 2006:100), detta skulle leda till ett främjande av individens rättigheter och autonomi. Avinstitutionaliseringen i sin tur ledde till att Sverige 1995 genomgick en psykiatrireform som bland annat innebar att patienter med psykisk sjukdom skulle ha samma rättigheter och skyldigheter som andra i samhället samt att de insatser som görs ska utgå från patientens egna val (SOU 2006:100). Psykiatrireformen har medfört att vården och omsorgen nu istället började bedrivas från patientens eget hem (Dahlberg et al., 2003). Konsekvensen av avinstitutionaliseringen och psykiatrireformen blev att de anhörigas roll återigen förändrades, de gick nu från att vara

avskilda från den sjuke samt periodvis ses som orsaken till sjukdomen till att vara en viktig del och resurs i vården (Östman, 2005). Denna nya roll innebar även en anpassning av det vardagliga livet, något som i sin tur resulterade i minskade sociala kontakter och ökade psykiska såväl som somatiska besvär men även en påverkan på deras ekonomiska situation (Markström, 2003).

### **2.3. Problemformulering**

Till följd av psykiatrireformen har de anhörigas position i den psykiatriska vården gått från att vara utestängda till att nu, till stor del, vara den som har huvudansvaret för den dagliga omsorgen. De anhöriga tar på sig ett stort ansvar och agerar vårdgivare, deras insatser är omfattande och har en betydelsefull funktion. Att ta hand om en nära med psykisk ohälsa kan medföra ett oförberett ansvar och även ett ökat kunskapsbehov. Att både vara anhörig och vårdgivare innebär en dubbelroll som kan vara svår att bemästra. Det är av stor vikt för yrkesverksamma sjuksköterskor att få perspektiv på de anhörigas erfarenheter samt få en ökad förståelse för deras behov vid kontakten med psykiatriska vården för att kunna bedriva en familjecentrerad vård.

### **3. Syfte**

Syftet är att belysa upplevelser hos anhöriga till personer med psykisk ohälsa samt deras erfarenheter av kontakten med den psykiatriska vården.

### **4. Teoretisk utgångspunkt**

Valet av teoretisk utgångspunkt har fallit på Joyce Travelbees teori, den mellanmännsliga relationen, då den beskriver mötet mellan sjuksköterskan och den unika individen, något som är applicerbart på såväl patienter som anhöriga. Teorin är tänkt att användas som stöd för att lyfta fram sjuksköterskans roll i mötet med anhöriga inom den psykiatriska vården.

#### **4.1. Joyce Travelbee – den mellanmännsliga relationen**

Den mellanmännsliga relationen syftar till att assistera en individ eller en familj till att förebygga lidande och hantera erfarenheter av sjukdom samt hjälpa till att finna mening med dessa erfarenheter. Denna relation mellan sjuksköterska och patient/ anhöriga är inget som bara sker, det är en interaktion som kräver tid för att skapas. Det bygger på att sjuksköterskan har självinsikt och är medveten om sina intentioner. Den mellanmännsliga relationen delas in i fyra teman; *det första mötet*, *framträdande identitet*, *empati* och *sympati* (Travelbee, 1971).

Observation är viktigaste steget i *det första mötet* med en annan människa. Sjuksköterskan och individens beteenden gentemot varandra grundar sig i observationen och i de värderingar som vi bär med oss. Vid första samtalet mellan en sjuksköterska, patient och anhörig är respektive roll inrutad, det vill säga att respektive person inte ser den andra för den han eller hon är utan för en stereotyp. Den unika människan träder fram först då den ena parten ser den andra med nya ögon. Sjuksköterskan har här en viktig roll i att bryta kategoriseringen och se patienten och dess anhöriga som unika människor för att kunna skapa en mellanmänsklig relation. För att kunna nå nästa fas måste sjuksköterskan erkänna det individuella och våga se personen. *Framträdande identitet* är förmågan att kunna uppskatta det individuella. I detta steg börjar ett band att etableras mellan de inblandade och de inrutade rollerna suddas ut. Likheter och olikheter personer emellan blir synliggjorda för att kunna utveckla empati. För att detta synsätt ska vara möjligt måste sjuksköterskan se sig själv från en utomståendes perspektiv och dessutom bli medveten om sina tankar om den andra parten i sammanhanget samt sin förmåga att lyfta fram det unika hos personen i fråga. *Empati* är något som äger rum mellan flera individer och är förmågan att dela. Det är också förmågan att kunna känna av en annan människas sinnesstämning. Empati är en process som avväger tankar och känslors relevans där det handlar om att vara delaktig i en annan människas tankar och känslor utan att för den sakens skull känna samma sak. Det går att känna med någon och samtidigt backa med sina egna känslor i den givna situationen. Att känna empati skapar ett band mellan människor och gör att de kommer närmre varandra. Resultatet av att känna empati mynnar ut i *sympati*. Sympati är att dela och känna intresse för någon annans tankar och känslor. Det uttrycks genom värme, vänlighet, medlidande och omtanke mellan individer. Den som är sjuk eller dess anhöriga kan i kontakten med sjuksköterskan känna sig sedd och hörd om han/ hon visar sympati. Finns förståelse för den andras känslor kan det fördjupa relationen. Visas sympati kan det medföra en öppenhet till att ventilera påfrestningar som tynger patienten/ anhörig. Kan sjuksköterskan dela en del av de påfrestningar som tynger personen kan det leda till att en del av bördan lättar (Travelbee, 1971).

## 5. Metod

Studien som har utförts är en litteraturöversikt baserad på 12 kvalitativa vetenskapliga artiklar. Dessa är granskade efter Fribergs (2012a) modell för kvalitativa studier, denna beskrivs under urval och datainsamling. Valet föll på kvalitativa studier då dessa bäst beskriver examensarbetets syfte, det vill säga att belysa anhörigas upplevelser och erfarenheter av kontakten med den psykiatriska vården.

## 5.1. Urval och datainsamling

Artikelsökningarna har skett i databaserna CINAHL Plus with Full Text samt PsycINFO. Dessa databaser har valts därför att CINAHL with Full text är en stor databas som innehåller artiklar från ett flertal olika tidskrifter, detta medför då ett stort urval av artiklar. PsycINFO valdes då denna databas har fokus på artiklar publicerade i tidskrifter som berör psykisk ohälsa. För att få relevanta artiklar har sökningar gjorts där olika synonymer för anhörig, såsom *relatives, family members, next of kin, family caregivers*, använts. Dessa har kombinerats med *mental illness* och *mental disorder* då bägge begreppen motsvaras av det svenska begreppet psykisk ohälsa. Sökningar har även gjorts där synonymer för anhörig har kombinerats med *psychiatric care* för att få fokus på mötet med psykiatrin. Dessa sökord är relevanta till litteraturöversiktens syfte. För att få aktuell forskning har en begränsning på sökningarna gjorts avseende år, 2002 - 2012, på artiklarna, det vill säga när de publicerades men även begränsning gällande språk, endast artiklar skrivna på engelska har sökts. Detta för att få artiklar som är skrivna på ett begripligt språk. Dessutom har begränsningen *peer-reviewed* gjorts för att få endast granskade artiklar som sökträff. Vid sökningar i databas som resulterat i över 250 träffar har sökning med samma sökord gjorts i den andra databasen. Om träffarna ändå överstiger 250 stycken har nya kombinationer av sökord gjorts för att minimera antal träffar. Vid sökningar med färre än 250 träffar har samtliga titlar lästs. När artiklarnas titel motsvarat syftet för denna litteraturöversikt har abstract lästs. Vid lästa abstract som varit av intresse har artiklarna lästs i full text. Av dem artiklar som inte passat in i litteraturöversiktens resultatdel har dessa sparats för att sedan komma till användning i resultatdiskussionen.

Förutom de systematiska sökningarna har även manuella sökningar gjorts för att finna ytterligare artiklar. En manuell sökning innebär ett sökande på egen hand i exempelvis tidskrifter eller böcker för att finna relevant information (Östlundh, 2012). I detta fall har det inneburit att de valda artiklarnas referenslistor har genomlästs. Vid denna genomläsning har intressanta titlar upptäckts. Sökningar har då gjorts i ovanstående databaser på författarnamn, dels för att finna dessa artiklar men även för att se om samma författare har skrivit fler artiklar som kan vara relevanta för denna litteraturöversikt. Dessa sökningar resulterade i att ytterligare artiklar valdes ut. Fullständig sökmatrix över använda sökord, antal träffar per sökning samt lästa abstract och valda träffar finns i bilaga 1.

Innan ett analysarbete av valda artiklar kan göras bör kvalitén på dessa säkerställas. Detta har gjorts genom granskning utifrån Fribergs modell för granskning av artiklar med kvalitativ design (Friberg, 2012a). Denna modell innebär att de vetenskapliga artiklarna tydligt ska

innehålla problemformulering, syfte, metod, resultat och en argumentation för det funna resultatet för att vara motsvara kraven för tillförlitlighet. Det är även viktigt att se om metoden är väl beskriven men även hur den är analyserad. En tillförlitlig vetenskaplig artikel ska även innehålla en metoddiskussion. Finns en teoretisk utgångspunkt bör även den vara väl beskriven samt att det finns en koppling mellan denna och metoden. Det kan även vara relevant att se om det finns någon koppling till en omvårdnadsvetenskaplig utgångspunkt för att artikeln ska kunna utveckla det praktiska vårdarbetet. Slutligen ska läsaren tydligt i resultatdelen kunna finna svar på artikelns syfte. Efter detta är gjort kan en analys av vald artikel påbörjas (Friberg, 2012a).

## 5.2. Analys

Analysen innebär att, utifrån de vetenskapliga artiklarnas helhet, dela upp resultatet i delar. Detta för att kunna finna innehåll som har betydelse för artiklarnas syfte. Därefter skapas en ny helhet utifrån de likheter och skillnader som kan utvinnas från artiklarnas resultat. I analysen ingår genomläsning av artiklarna med fokus på deras resultat och identifiera samband som går att finna i teman och subteman. Därefter skapas en överblick av resultatet som presenteras i artiklarna genom en egen sammanställning där funna likheter/ skillnader jämförs. Som sista del i analysarbetet presenteras en ny helhet där eventuellt nya teman har tagits fram (Friberg, 2012a).

I enlighet med Friberg (2012a) har de valda vetenskapliga artiklarna granskats utifrån helhet till delar. Analysen skedde i fem steg. Det första steget innebar att lägga fokus på studiernas resultat. Beroende på kvalitativ vald metod var resultatet uppbyggt på olika sätt, till exempel i form av teman och kategorier följt av underkategorier. I steg två granskades varje enskild artikels resultat och vad som var mest framträdande i förhållandet till författarnas ämne för litteraturöversikten. Detta gjordes genom upprepande läsning av artiklarna var för sig. I steg tre gjordes en sammanställning av resultaten för att få en övergripande översikt av teman som framkommer i artiklarna. Det vill säga en sammanfattning av artiklarnas resultat gjordes för att sedan jämföras. Identifiering mellan likheter och skillnader jämfördes i steg fyra. Likheterna i artiklarna sammanställdes och ordnades därefter i subteman som beskrev materialet på ett nytt sätt. Slutligen i steg fem hittades likheter mellan subteman och dem i sin tur bildade nya och övergripande teman. Det medförde slutligen att en ny helhet skapades och en ny text formulerades sedan utifrån resultatet av analysen.

## 6. Forskningsetiska överväganden

Etik är en slags teori för moralen men den är medveten och reflekterad över. Det innefattar ett sökande efter generella normer som går att argumentera för. En etik måste kunna formuleras i ord och kan inte vara godtycklig. Forskningsetik är normer som forskarsamhället reflekterat över samt gjort försök till att tydligt formulera och motivera till. Det är normer som tillsammans fungerar som vägledning (Vetenskapsrådet, 2011).

Vid en litteraturoversikt är det viktigt att ha etiskt övervägande gällande urval och presentation av resultat. Ett övervägande ska göras då materialet bygger på tidigare dokumenterad kunskap och frågor ställs inte till deltagarna utan till litteraturen. Det är viktigt att reflektera över om forskarna har en tydlig etisk ståndpunkt och hur de har samlat in samt presenterat sin forskning (Forsberg & Wengström, 2013). Enligt Booth, Colomb och Williams (2004) ska etiska forskare inte plagiera, skriva osanning eller hitta på sitt resultat. De ska inte heller presentera oklarheter där det finns anledning att ifrågasätta, frågetecken ska i så fall formuleras och diskuteras kring. Forskare ska inte dölja kritik, invändningar och inte heller dölja källor. Dessutom ska uppfattningar som går emot forskarnas egna åsikter varken förlöjligas eller förvrängas (Booth et al., 2004). Utifrån dessa principer värderas sedan materialets tillförlitlighet och om det kan komma till användning i litteraturoversikten. Om möjligt bör studier väljas som har ett godkännande från en etisk kommitté eller där noggranna etiska överväganden har gjorts (Forsberg & Wengström, 2013). Det finns dock inga krav på att en kvalitativ studie ska etiskt granskas om informerat samtycke har getts av deltagarna. (Polit & Beck, 2012). För att samtycke ska kunna ges till ett deltagande i en studie eller projekt krävs att de medverkande har inhämtat information samt att samtycket sker frivilligt. Informationen ska bland annat innehålla studiens syfte och upplägg, ett tydligt klagörande om vad det innebär att vara medverkande i studien samt att deltagandet sker frivilligt. Samtycke kan ske både muntligt och skriftligt. (Medicinska forskningsrådet, 2000).

Av de artiklar som har använts vid denna litteraturoversikt har 10 av 12 varit etiskt godkända. Deltagarna i samtliga valda studierna har tydligt gett informerat samtycke till att delta samt har blivit informerade om att de kan avbryta om eller när de inte längre vill delta. Detta medför att även de artiklar som inte har ett etiskt godkännande ändå används då de har haft ett etiskt tillvägagångssätt i utförandet.

## 7. Resultat

Vid analys och sammanställning av valda artiklar har flera likheter visat sig. Dessa har sammanställts i tre teman, *Anhörigas behov*, *Bemötandet från den psykiatriska vården* och

*Positiva erfarenheter av mötet med psykiatrin*, för att göra det mer lättöverskådligt. Det första temat, *Anhörigas behov*, har subteman *Stöd*, *Bli sedd*, *Information*, *Sekretess som hinder för information* samt *Delaktighet*. Under det andra temat, *Bemötandet från den psykiatriska vården*, har subteman *Första kontakten med psykiatrin* och *Sjuksköterskans förhållningssätt* tillkommit.

## **7.1. Anhörigas behov**

### **7.1.1. Stöd**

När en nära blir intagen på psykiatrisk avdelning för första gången kan det uppstå många tankar och känslor hos de anhöriga. Det är inte heller ovanligt att det är de anhöriga som tar den första kontakten med psykiatrin (Sjöblom, Wiberg, Pejler & Asplund, 2008, Östman, 2004). En stor del av de anhöriga upplevde i samband med detta känslor av förvirring och påfrestning men även hjälplöshet och sårbarhet. Detta medförde ett behov av stöd för att kunna förstå och hantera situationen (Gavois, Paulsson & Fridlund, 2006, Jakobsen & Severinsson, 2006, Nordby, Kjøsberg & Hummelvoll, 2010, Sjöblom et al, 2008, Wilkinson & McAndrew, 2008).

Av de anhöriga var det en stor del som upplevde att de själva led av psykisk ohälsa (Barnable, Gaudine, Bennett & Meadus, 2006, Jakobsen & Severinsson, 2006, Östman, 2004). Detta till följd av den börda det innebar att vara anhörig men även på grund av den konstanta oro de upplevde, en oro över den sjukes oförutsedda beteende men även tendensen till självskadebeteende (Östman, 2004). Denna starka oro, över att den sjuke skulle skada sig på något sätt eller försöka begå självmord, var det många av de anhöriga som bar på. I sin tur medförde detta ett stort behov av stöd för den anhörige (Ferriter & Huband, 2003, Östman, 2004). Det stöd som de anhöriga uttryckte en önskan om berörde dock inte bara den emotionella aspekten och bördan utan även praktiskt stöd efterfrågades (Nordby et al., 2010, Schröder, Larsson & Ahlström, 2007). Dessvärre upplevde många anhöriga ett bristande stöd från vårdens sida och kände sig istället skuldbelagda, att de sågs som orsaken till sjukdomen (Barnable et al., 2006, Doornbos, 2002, Ferriter & Huband, 2003, Sjöblom et al., 2008) men även som ett hot (Wilkinson & McAndrew, 2008). De anhöriga upplevde att den psykiatriska vården såg dem som en del av problemet snarare än som en del av lösningen. Detta ledde till en känsla av konstant kamp mot sjukvårdssystemet, ett system som borde stödja och utbilda de anhöriga. Denna kamp medförde i sin tur känslor av frustration och hjälplöshet (Barnable et al., 2006).



### 7.1.2. Bli sedd

Att ha en närstående med psykisk sjukdom upplevdes av de anhöriga som en förändring i vardagen (Barnable et al., 2006, Sjöblom et al., 2008, Östman, 2004) och medförde en känsla av ett överväldigande ansvar. Tillvaron upplevdes som outhärdlig och hade en negativ påverkan på den egna hälsan (Barnable et al., 2006, Östman, 2004). Dessutom innebar det slitningar på familjebanden och resulterade ofta i konflikter (Barnable et al., 2006). De anhöriga kände sig fångade och visste inte hur de skulle reagera eller agera i sin relation till den psykiskt sjuke närstående. Många uttryckte till följd av detta känslor av förlust, sorg, chock, förvirring (Ferriter & Huband, 2003), skuld och självanklagelse (Barnable et al., 2006, Doornbos, 2002, Ferriter & Huband, 2003, Sjöblom et al., 2008). Stundvis upplevde de dessutom ett stort ansvar som kändes övermäktigt (Schröder et al., 2007, Östman, 2004).

Kontakten med psykiatrin upplevdes som en traumatisk händelse och de anhöriga kände sig därför sårbara i situationen. Detta medförde i sin tur ett stort behov av bekräftelse (Sjöblom et al., 2008, Wilkinson & McAndrew, 2008). Anhöriga ville i samband med kontakten bli sedda, respekterade och tagna på allvar (Doornbos, 2002, Nordby et al., 2010, Schröder et al., 2007). Dessvärre berättade de anhöriga att de upplevde briser inom den psykiatriska vården, upplevelser av att ingen lyssnade på dem och de fick inte komma till tals (Wilkinson & McAndrew, 2008, Östman, 2004). Till följd av att de inte blev sedda fick de heller aldrig tillfälle till att ventilera sina känslor (Barnable et al., 2006, Jakobsen & Severinsson, 2006, Nordby et al., 2010, Sjöblom et al., 2008). Detta resulterade i känslor av att den psykiatriska vården ignorerade dem, de anhöriga intog då en passiv roll och därmed kände sig isolerade (Barnable et al., 2006, Doornbos, 2002, Gavois et al., 2006, Wilkinson & McAndrew, 2008).

### 7.1.3. Information

Det framkom vid analysen att de anhöriga hade ett behov av att i ett tidigt skede få adekvat information från sjuksköterskorna både gällande sjukdomen i sig men även vad som kunde förväntas hända i framtiden (Doornbos, 2002, Ewertzon, Andershed, Svensson & Lützen, 2011, Ferriter & Huband, 2003, Gavois et al., 2006, Schröder et al., 2007, Sjöblom et al., 2008, Wilkinson & McAndrew, 2008). Även om de anhöriga vid inskrivning av den sjuke fick möjlighet att ställa frågor kändes det svårt att formulera några vid detta tillfälle, då situationen kändes obekant och ord saknades för stunden. Det upplevdes därför som viktigt att de fick tydlig och framförallt relevant information som gällde den aktuella händelsen (Jakobsen & Severinsson, 2006).

De anhöriga upplevde det svårt att förstå den psykiska sjukdomen och att tolka de bisarra beteende som sjukdomen medförde samt veta hur de borde agera. De ville hjälpa den nära men visste inte hur. Detta ledde till känslor av frustration och hjälplöshet (Barnable et al., 2006, Nordby et al., 2010). Anhöriga upplevde att en fördjupad kunskap om psykisk ohälsa skulle bidra till kontroll och på så sätt göra situationen mer hanterbar (Ferriter & Huband, 2003, Gavois, et al., 2006, Schröder et al., 2007, Sjöblom et al., 2008, Wilkinson & McAndrew, 2008).

Det uttrycktes önskemål från de anhöriga att sjuksköterskan skulle dela med sig av information och ha en öppen kommunikation i planeringen av vården. Sjuksköterskan skulle ta sig tid att förklara den information som gavs samt ge utrymme för diskussion (Doornbos, 2002, Ewertzon et al., 2011, Ferriter & Huband, 2003, Gavois et al., 2006, Schröder et al., 2007, Sjöblom et al., 2008, Wilkinson & McAndrew, 2008). Informationen skulle vara tydlig och individanpassad, eftersom de anhöriga befann sig i en sårbar situation och endast var mottagliga för det som rörde den aktuella händelsen (Nordby et al., 2010). Anhöriga hade även en önskan om att få vara närvarande när information skulle ges till patienten (Schröder et al., 2007, Sjöblom et al., 2008) men ville också få möjlighet till att få prata enskilt med sjuksköterskan utan att den sjuke närstående närvarade (Jakobsen & Severinsson, 2006).

Önskan uttrycktes även om att ha en fungerande kontakt med vården för att fortlöpande få information gällande uppdatering om vad som skett samt vad som förväntades hända. (Ewertzon et al., 2011, Ferriter & McAndrew, 2003, Schröder et al., 2007, Nordby et al., 2010). Dock betonades det att utbytet av kunskap och erfarenheter borde vara ömsesidigt (Ewertzon et al., 2011, Gavois et al., 2006, Schröder et al., 2007, Sjöblom et al., 2008). De anhöriga ansåg sig ha kunskap att bidra med angående den psykiskt sjuke familjemedlemmen men många upplevde att psykiatrin inte var intresserade att ta del av denna (Ewertzon, Lützén, Svensson, Andershed, 2010, Nordby et al., 2010, Sjöblom et al., 2008, Wilkinson & McAndrew, 2008). De ville bli sedda som en källa till kunskap då de ansåg sig vara experter på den sjuke och kände personen bakom sjukdomen (Gavois et al., 2006, Nordby et al., 2010, Schröder et al., 2007, Wilkinson & McAndrew, 2008).

En känsla av maktlöshet och frustration uttrycktes av de anhöriga, den bidragande faktorn till detta var de upplevde att sjuksköterskorna undanhöll information gällande den sjuke närståendes tillstånd (Barnable et al., 2006, Jakobsen & McAndrew, 2006, Sjöblom et al., 2008, Wilkinson & McAndrew, 2008). Detta medförde i sin tur en känsla av maktkamp mellan psykiatrin och de anhöriga (Barnable et al. 2006, Sjöblom et al., 2008, Wilkinson & McAndrew, 2008). Inte ens vid utskrivning upplevde de anhöriga att de blev informerade utan

fick sig en överraskning som resulterade i onödig stress (Jakobsen & Severinsson, 2006). Då den psykiatriska vården inte informerade om sjukdomen och undanhöll information om den sjukes tillstånd och prognos fick de anhöriga söka information på egen hand (Barnable et al., 2006, Sjöblom et al., 2008).

#### 7.1.4. Sekretess som hinder för information

Analysen av artiklarna visade att det rådde en osäkerhet och bristande kunskap kring innebörden av sekretess. Osäkerheten gällande lagens innebörd resulterade i att sjuksköterskorna istället valde att inte lämna ut någon information alls för att undvika risk att omedvetet bryta lagen (Barnable et al., 2006). Sekretessen sågs därigenom som ett hinder för de anhörigas involvering i vården (Barnable et al., 2006, Schröder et al., 2007, Wilkinson & McAndrew, 2008). De anhöriga upplevde att den psykiatriska vården använde sekretessen som en ursäkt för att inte behöva lämna ut information och på så sätt kunna undvika ett samarbete med de anhöriga. De anhöriga var medvetna om att sekretess rådde men ansåg att detta inte borde vara ett hinder för att lämna ut viss information. (Schröder et al., 2007, Jakobsen & Severinsson 2006, Wilkinson & McAndrew, 2008). När de försökte uttrycka dessa åsikter om bristerna möttes de av fientlighet (Jakobsen & Severinsson, 2006).

Reglerna inom psykiatrin gällande vilken information som får ges uppfattades av de anhöriga som gammalmodig och de menar på att i det omvända läget ser situationen annorlunda ut. När de anhöriga delger sjuksköterskan information som rör den nära finns inga regler om sekretess eller tystnadsplikt som skyddar den som gett informationen. Istället blottades de anhöriga och känslig information spreds inom vårdenheten. Detta ledde i sin tur till en skadad vårdrelation mellan anhöriga och sjuksköterskan (Jakobsen & Severinsson, 2006).

#### 7.1.5. Delaktighet

De anhöriga ville vara delaktiga i planeringen av vården (Doornbos, 2002, Ewertzon et al., 2011, Nordby et al., 2010, Sjöblom et al., 2008) och det fanns en önskan om att få vara aktivt involverad redan från ett tidigt skede (Nordby et al., 2010, Sjöblom et al., 2008). Uteblev involveringen utgjorde det ett hinder i skapandet av en tillitsfull vårdrelation och medförde i sin tur en känsla av maktlöshet (Ewertzon et al., 2010, Sjöblom et al., 2008, Wilkinson & McAndrew, 2008). Dessutom ansåg de anhöriga då att sina chanser att påverka vården var små, något som upplevdes som påfrestande och resulterade i känslor av orkeslöshet (Barnable et al., 2006, Sjöblom et al., 2008, Wilkinson & McAndrew, 2008).

Ett fungerande samarbete med sjuksköterskan skulle enligt de anhöriga ge dem en mer positiv inställning gentemot psykiatrin men även ge en ökad känsla av delaktighet (Doornbos, 2002, Schröder et al., 2007, Wilkinson & McAndrew, 2008). Dessvärre upplevde flertalet anhöriga en negativ attityd från sjuksköterskan genom brist på förståelse och medkännande (Jakobsen & Severinsson, 2006).

## **7.2. Bemötandet från den psykiatriska vården**

### **7.2.1. Första kontakten med psykiatrin**

Många av de anhöriga hade inför första kontakten med psykiatrin en hoppfull framtidstro om att allt skulle komma att lösas sig. Hopp om att den sjuke skulle bli bra efter inskrivning då de skulle få den hjälp de var i behov av (Wilkinson & McAndrew, 2008, Östman, 2004). Detta hopp minskade drastiskt vid återinskrivning. En orsak till detta var att de anhöriga upplevde brister i hur vården utformades samt att de inte fick möjlighet att komma till tals (Östman, 2004). Ytterligare orsaker var att de anhöriga upplevde att de inte fick relevant information om diagnosen och vad den innebar men även gällande vad de kunde förvänta sig av framtiden. Bristen på realistiska förväntningar resulterade i en osäkerhet hos de anhöriga och medförde istället en antal orealistiska förväntningar. När dessa orealistiska förväntningar inte uppfylldes av psykiatrin så minskade den hoppfulla framtidstron. Då sjuksköterskan dessutom inte hade förmåga att inge ett realistiskt hopp resulterade det i att de anhörigas upplevde att deras situation blev tyngre att hantera. När sjuksköterskan istället ingav ett realistiskt hopp och optimism upplevde de anhöriga att det var lättare att hantera situationen och de kände sig starka nog att gå vidare. Hoppet påverkade deras förmåga till återhämtning (Nordby et al., 2010).

Den första kontakten med den psykiatriska vården medförde en erfarenhet av bra bemötande i de fall där sjuksköterskan visade på kunskap inom området (Jakobsen & Severinsson, 2006). Denna upplevelse av gott bemötande delades inte med de vars nära återinskrevs (Östman, 2004). De anhöriga kände istället frustration över bemötandet då de fick en känsla av att sjuksköterskan inte ville ha någon involvering av dem (Jakobsen & Severinsson, 2006). Förutom känslor av frustration väckte kontakten med sjuksköterskan känslor av ilska (Barnable et al., 2006, Ferriter & Huband, 2003) men även stress och osäkerhet (Sjöblom et al., 2008). Vid återinskrivning hade de anhöriga dessutom ett större behov av stöd och möjlighet till att få prata om sina känslor. Då dessa behov inte uppfylldes resulterade det i en känsla av besvikelse. Samma skillnad kunde även utläsas gällande

upplevelsen av kvalitén på vården. Vid återkommande kontakter med psykiatrin upplevde således de anhöriga brister i själva vården såväl som i bemötandet (Östman, 2004).

En del anhöriga upplevde sig även bli ifrågasatta när de första gången försökte få vård och hjälp till sin nära. De kände att sjuksköterskan inte trodde eller litade på deras bedömning då de upplevde det som att sjuksköterskan tyckte att de överdrev den sjukes tillstånd (Barnable et al., 2006). Förutom att känna sig ifrågasatta upplevde de anhöriga även att sjuksköterskan anklagade dem för att vara orsaken till den psykiska ohälsan. Detta bekräftade i sin tur den egna känslan de anhöriga hade av att vara anledningen till den sjukes tillstånd. Att bli ifrågasatt eller anklagad kan påverka relationen till psykiatrin under lång tid framöver, speciellt då många känner sig sårbara vid första kontakten med psykiatrin och upplever detta som en traumatisk händelse (Ferriter & Huband, 2003, Nordby et al., 2010, Schröder et al., 2007, Sjöblom et al., 2008).

### 7.2.2. Sjuksköterskans förhållningssätt

Sjuksköterskans bemötande påverkade de anhörigas vilja till att vara delaktiga (Ewertzon et al., 2010, Ewertzon et al., 2011, Sjöblom et al., 2008, Nordby et al., 2010). Negativa upplevelser av bemötandet från personalen kunde leda till en känsla av utanförskap, ett utanförskap som kännetecknades av maktlöshet och isolering (Ewertzon et al., 2010, Wilkinson & McAndrew, 2008). Bemötandet i det akuta skedet, vid insjuknande av psykos eller i samband med exempelvis tvångsintagning, upplevdes som extra viktigt, då interaktionen mellan de anhöriga och sjuksköterskan i detta skede påverkade de anhörigas förmåga att hantera situationen (Gavois et al., 2006).

Enligt de anhöriga borde sjuksköterskans bemötande kännetecknas av öppenhet, empati, respekt och vänlighet (Ewertzon et al., 2011, Nordby et al., 2010). Med öppenhet syftas det i detta fall på sjuksköterskans attityd gällande informationsutbyte. Informationen som delges de anhöriga bör vara uppriktig och realistisk gällande den sjukes hälsotillstånd, samt att informationen är på en begriplig nivå (Ewertzon et al., 2010). Sjuksköterskan borde dessutom uppmärksamma den börda som de anhöriga kan känna (Schröder et al., 2007, Sjöblom et al., 2008, Gavois et al., 2006). De anhöriga ville att sjuksköterskan skulle vara lyhörd (Ewertzon et al., 2011, Gavois et al., 2006, Nordby et al., 2010) men även se de anhöriga som betydande individer och framför allt som resurser (Ewertzon et al., 2011, Gavois, et al., 2006, Jakobsen & Severinsson, 2006, Nordby et al., 2009, Schröder et al., 2007, Sjöblom et al., 2008, Wilkinson & McAndrew, 2008). De anhöriga ville ses som ett komplement, det vill säga som en resurs och inte som ett alternativ, till den psykiatriska vården samt att deras stödjande

insatser kunde ses som en viktig funktion för deras närstående som var psykiskt sjuk (Jakobsen & Severinsson, 2006). Sjuksköterskan borde dessutom vara lättillgänglig (Ewertzon et al., 2011), vara kompetent inom området samt ha en förmåga att inge lugn (Schröder et al., 2007) och trygghet (Gavois et al., 2006) men även ha förmåga att inge ett realistiskt hopp utan försköning gällande exempelvis prognos (Nordby et al., 2010). De anhöriga uttryckte ett behov av att känna sig välkommen vid kontakten med psykiatri (Schröder et al., 2007). Tyvärr verkade önskan om bemötandet och den verkliga situationen inte överensstämma med varandra. De anhöriga upplevde att de inte blev bekräftade och att ingen lyssnade på dem, aspekter de ansåg vara viktiga för ett bra bemötande (Ewertzon et al., 2010, Ewertzon et al., 2011).

Det framkom att de anhöriga ansåg att kontinuitet var av stor vikt vid kontakten med psykiatri då det medförde en minskad risk för missförstånd och ledde till ökat självförtroende samt ökade möjligheter till informationsutbyte (Ewertzon et al., 2011). Bristen på kontinuitet skapade ett stort hinder för möjligheterna att skapa en tillitsfull vårdrelation (Gavois et al., 2006, Sjöblom et al., 2008).

Då flertalet av de anhöriga upplevde stigmatisering lyfte de även fram en önskan om att sjuksköterskan skulle ha en medvetenhet om risken med stigmatisering till följd av den psykiska sjukdomen (Doornbos, 2002, Schröder et al., 2007) och att denna företeelse är något som aktivt behöver bearbetas och minska (Doornbos, 2002). De anhöriga ansåg att sjuksköterskan behövde en ökad förståelse om konsekvenserna av stigmatisering eftersom det indirekt påverkade den sociala isoleringen och kunde ge försämrade självkänsla. Stigmatiseringen skapade även ibland ett hinder för att söka hjälp. Det upplevdes som att sjuksköterskan hade en förlegad syn på psykisk sjukdom, det vill säga att det sågs som något fult och något som det inte pratades om. Detta bidrog i sin tur till att stigmatiseringen uppstod (Schröder et al., 2007). Det upplevdes även som att sjuksköterskan, till följd av sin syn på psykisk sjukdom, bar med sig förutfattade meningar om både sjukdomen i sig och de anhörigas relation till den sjuke (Sjöblom et al., 2008).

### **7.3. Positiva erfarenheter av mötet med psykiatri**

Flertalet anhöriga nämnde positiva upplevelser där hela familjen involverades tack vare ett fungerande vårdteam, det vill säga ett samarbete mellan flera professioner såsom sjuksköterska, läkare, psykolog med flera. Vid ett fungerande samarbetet mellan vårdteam och anhöriga visste de anhöriga var de kunde vända sig för att få det stöd och den hjälp de behövde. Vårdteamet själva belyste även vikten av delaktighet från de anhörigas sida för en

god vård. Dessa vårdteam hade dessutom en beredskap för krishantering i samband med ett eventuellt återfall (Nordby et al., 2010). Positiva erfarenheter nämns även där sjuksköterskan tog sig tid till att lyssna på de anhöriga (Nordby et al., 2010, Sjöblom et al., 2008, Wilkinson & McAndrew, 2008), vilket i sin tur resulterade i en lättnadskänsla och gav ökad självkänsla. Denna lättnadskänsla infann sig även då de anhöriga av psykiatrin betraktades som egna individer med egna rättigheter och behov (Wilkinson & McAndrew, 2008).

Positiva erfarenheter påpekades gällande samarbetet mellan de anhöriga och sjuksköterskan. Dessa samarbeten innefattade ett ömsesidigt utbyte av information (Ferriter & Huband, 2003, Jakobsen & Severinsson, 2006) och de anhöriga ansågs ha en stödjande funktion för den psykiskt sjuke närstående. De fick möjlighet att känna sig delaktiga i vårdplaneringen som rörde utskrivningen av sin nära. Det upplevdes att sjuksköterskan tog till sig av förslag och åsikter som uttrycktes samt uppskattade engagemanget från de anhöriga (Jakobsen & Severinsson, 2006). Då de anhöriga kände sig uppmuntrade till att delge information samt upplevde att sjuksköterskan tog till sig informationen kände de sig uppskattade. De kände sig uppskattade för sin expertis och för det de kunde bidra med (Nordby et al., 2010). Det förekommer även andra positiva erfarenheter där de anhöriga upplevt bekräftelse och uppskattning för sina insatser (Doornbos, 2002, Nordby et al., 2010). De kände sig bekräftade för den positiva inverkan deras insatser haft på den sjuke (Doornbos, 2002). När sjuksköterskan poängterade för den anhörige hur betydelsefulla dennes besök var för den sjuke så resulterade det i att den anhörige kände sig värdefull och välkommen av psykiatrin (Schröder et al., 2007). När de anhöriga fick möjlighet till att vara delaktiga skapades en vård som inte bara fokuserade på den psykiskt sjuke individen utan på hela familjen (Gavois et al., 2006, Schröder et al., 2007, Sjöblom et al., 2008).

De anhöriga upplevde det som positiva erfarenheter när sjuksköterskan varit flexibel, öppen, lyhörd och ville ha kontakt med de anhöriga (Doornbos, 2002) samt då de blev bemötta med respekt, empati (Nordby et al., 2010), sympati och medkänsla (Sjöblom et al., 2008). Det upplevdes även som positivt då de kände att sjuksköterskan hade förståelse för den börda de anhörigas kände (Doornbos, 2002). Det framkom även att den anhöriges skuld känslor reducerades då sjuksköterskan tagit sig tid för att prata och betona att sjukdomen inte var dennes fel (Ferriter & Huband, 2003).

## **8. Diskussion**

### **8.1. Metoddiskussion**

Denna studie är en litteraturoversikt baserad på artiklar av kvalitativ design. En

litteraturöversikt är en lämplig metod för det valda syftet då en litteraturöversikt ger en bra överblick över ett omvårdnadsrelaterat område. Överblicken innefattar de material som finns inom området, vilka metoder samt teoretiska utgångspunkter som andra författare använt (Friberg, 2012b). Endast kvalitativa artiklar har använts då målet med dessa är att ge en ökad förståelse och kunskap inom ett specifikt område (Friberg, 2012a). Att endast använda sig av kvalitativa studier har därför lämpat sig väl för att svara på litteraturöversiktens valda syfte. Kvantitativa studier har däremot till syfte att, till skillnad mot de kvalitativa, fokusera på mätbara företeelser. Ett exempel kan vara att mäta och utvärdera om en viss typ av läkemedel har bättre effekt än ett annat (Segersten, 2012). Av denna anledning valdes det att inte använda några kvantitativa artiklar i denna litteraturöversikt.

För att få fokus på de anhörigas perspektiv, det vill säga svara till syftet, i artiklarna har flertalet synonymer använts, då användningen av endast ett begrepp medförde ett för smalt urval av artiklar. Det svenska ordet anhörig har en bredare betydelse än de engelska motsvarigheterna. Detta kan i sin tur dessvärre medföra att relevanta artiklar förbises då vissa synonymer till anhörig missats vid översättning, exempelvis *significant others*. Detta kan ha inneburit en omedveten och en oönskad begränsning, något som kan medföra en bristande tillförlitlighet av litteraturöversikten. Synonymer till anhörig har kombinerats med begreppet psykisk ohälsa. Sökningar har även gjorts där synonym för anhörig har kombinerats med psykiatri, detta för att kunna täcka in såväl upplevelsen som erfarenheten av mötet. En medveten begränsning avseende ålder på artiklarna har gjorts för att få ett så aktuellt kunskapsläge som möjligt. Begränsningen gällde artiklar publicerade under de senaste 10 åren, det vill säga 2002-2012. En snävare tidsintervall medförde för få relevanta artiklar. 12 artiklar valdes ut för att ingå i resultatet, detta antal var tillräckligt för att få en fördjupad bild av de anhörigas upplevelser och erfarenheter av sin kontakt med den psykiatriska vården.

Flertalet av de valda artiklarna har haft nordiskt ursprung. Detta för att få en för oss så relevant avspeglning av situationen som möjligt. De resterande artiklarna berör studier gjorda i Storbritannien, Holland och Kanada. Dessa artiklar fungerar som ett bra komplement till de nordiska artiklarna då den psykiatriska vården bedrivs på liknande sätt avseende de anhörigas roll. Utan geografisk avgränsning blev urvalet för stort, dock kan denna begränsning ha inneburit att relevanta artiklar missats. I sin tur kan detta innebära en begränsad tillförlitlighet samt applicerbarhet då resultatet är kopplat till ett geografiskt område.

Som komplement till de systematiska sökningarna gjordes även manuella sökningar. De manuella sökningarna resulterade i att tre artiklar valdes ut. Dessa artiklar hade inte dykt upp vid de systematiska sökningarna. Således kan det medföra att intressanta och relevanta



artiklar missas om endast systematiska sökningar görs. Detta kan bero på att artiklarnas nyckelord eller titel inte överensstämmer med de valda sökorden som används vid de systematiska sökningarna. Manuell sökning kan enligt Östlundh (2012) även vara en lämplig metod om det är problematiskt att finna artiklar eller om det är svårt att komma igång med att finna ett ämne eller sökord.

De valda artiklarna har läst och analyserats upprepade gånger enligt Fribergs (2012a) metod för granskning av kvalitet på kvalitativa studier. Dessa upprepade genomläsningar resulterade i en fördjupning i artiklarnas innehåll och underlättade urvalet av de för syftet väsentliga delarna. Innehållet i de valda vetenskapliga artiklarna speglade tydliga teman och fenomen och flertalet likheter mellan dessa visade sig. Detta underlättade formulering av teman.

## 8.2. Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturoversikt var att belysa de upplevelser och erfarenheter anhöriga har av kontakten med den psykiatriska vården. Det har vid analysen av de valda resultatartiklarna framkommit att de anhöriga till största del hade negativa erfarenheter av deras möten med psykiatrin. De upplevde att de inte blev *bekräftade* samt att de utsattes för *stigmatisering*, det vill säga sågs som avvikande från normen på grund av deras psykiskt sjuke närstående. Det framkommer i resultatet att de anhöriga har ett behov av *information* och att få vara *delaktig* samt har ett behov av *stöd*. Trots ett övervägande av negativa erfarenheter förekom det ändå *positiva erfarenheter* där de anhöriga kände sig bekräftade och att sjuksköterskan lyssnade på dem.

Vid analysen av resultatartiklarna framkom det att anhöriga upplevde *stigmatisering* samt förutfattade meningar från sjuksköterskan. De ville att sjuksköterskan skulle ha en medvetenhet om både fenomenet och dess konsekvenser då detta påverkades deras vilja och förmåga att söka hjälp. Stigmatiseringen hade dessutom en negativ påverkan på deras psykiska hälsa då det bland annat bidrog till att den anhöriga isolerade sig från sociala situationer och att självkänslan påverkades. Detta resultat stöds av Larson och Corrigan (2008) som menar att stigmatisering kan medföra en påverkan på den psykiska hälsan för de drabbade och är därför något som det konsekvent borde arbetas med för att minska. Angermeyer, Schulze och Dietrich (2003) menar i sin studie kring anhörigas upplevelse av stigmatisering att bristande kunskap om psykiska sjukdomar, både i samhället och inom sjukvården är bidragande orsaker till att stigmatisering uppstår. Att öka medvetenheten hos personalen genom utbildning kan fungera som ett led i att minska förekomsten av

stigmatiseringen. Enligt Travelbee (2001) kännetecknas den första kontakten mellan sjuksköterska, patient och anhörig av att samtliga parter har en stereotyp uppfattning om den andra. Om sjuksköterskan inte väljer att se bortom sina förutfattade meningar om den andra kan ingen mellanmänsklig relation skapas till patient och anhöriga. Sjuksköterskan har därmed inget intresse av att skapa en djupare vårdrelation utan kontakten fortsätter framöver att vara platonisk.

Det kan även vara av intresse att aktivt hjälpa de anhöriga att finna strategier för att hantera stigmatiseringen. Dessa strategier kan innefatta en ökad medvetenhet om fenomenet och dess konsekvenser. Att hitta trygga och stödjande miljöer där de anhöriga får möjlighet att bearbeta erfarenheterna kan fungera som en copingstrategi för att hantera situationen (Larson & Corrigan, 2008). En copingstrategi har till syfte att fungera som en metod för att hantera de påfrestningar och kriser som kan uppstå under livets gång (Östman & Hansson, 2001).

I resultatet framkom att de anhöriga upplever att de inte fick den *information* som de var i behov av. Informationen som gavs var undermålig eller saknades helt. Sekretessen sågs som ett hinder och i vissa fall undanhöll sjuksköterskan information till de anhöriga. Därmed fick de anhöriga söka information på egen hand för att få ökad kunskap rörande den psykiska sjukdom som deras nära drabbats av. De anhöriga såg sig själva som en viktig källa till kunskap då de kände personen bakom psykosjukdomen men många upplevde att psykiatrin inte var intresserade att ta del av denna kunskap. Såväl anhöriga som sjuksköterskor belyser dock vikten av information, både att ge och att få. Det trauma en näras insjuknande kan innebära kräver information och kunskap för att bearbeta. Det framkommer i Sjöblom, Pejler och Asplunds (2005) studie av sjuksköterskornas syn på anhöriga att de anhöriga ofta ses som en bra källa när information behövs omgående, men tyvärr ofta en bortglömd sådan. Dock förekommer det att de anhöriga ibland lämnar ut information till sjuksköterskorna som de inte vill att patienten ska få veta. Det uppstår då ett dilemma för sjuksköterskan gällande lojaliteten mellan behovet av informationen för att bedriva bästa möjliga vård och att inte få använda sig av informationen. Detta dilemma kan i sin tur ha en påverkan på relationen mellan sjuksköterskan och den anhöriga men även indirekt med den sjuke. Det kan även uppstå situationer där den sjuke inte har någon kontakt med sin familj och det är först i samband med inskrivning som de anhöriga tar kontakt med psykiatrin. Det uppstår då svårigheter när sjuksköterskorna enligt lag inte får ge ut information men samtidigt inte vill vara otrevliga. Lojaliteten ligger hos patienten i detta fall. En del sjuksköterskor upplever det som en balansakt att avgöra hur mycket information som får lämnas ut, även med patientens samtycke. Travelbee (2001) menar att sjuksköterskan och de anhöriga har olika mål med sin

kommunikation. Sjuksköterskan kommunicerar för att få information medan den sjuke tillsammans med anhöriga kommunicerar i behov av hjälp. Samtalet i sig har sin grund i delaktighet och påverkar den mellanmänskliga relationens utgång. Allt som sjuksköterskan säger och gör har betydelse och påverkar kontakten mellan sjuksköterskan, patienten och de anhöriga. Detta stämmer väl överens med det som framkom i resultatet, att de anhöriga upplevde att sjuksköterskans förhållningssätt hade inverkan på deras vilja till att vara delaktiga.

Enligt Goodwin och Happell (2007) dras de anhöriga oundvikligen in i vården av sin närstående med psykiskt sjukdom och ett samarbete med vårdgivarna innebär såväl rättigheter som ansvarstagande för anhöriga. Att inkludera anhöriga och ta vara på deras resurser kan vara gynnsamt. Anhöriga ska ha rätt till att ingå i alla plan som begreppet delaktighet innefattar, dvs. involvering i planeringen, förverkligandet, utförandet och utvärderingen av behandling. I Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor beskrivs det dessutom att sjuksköterskan har till uppgift att bemöta patienter och närstående på ett lyhört sätt samt ha en stödjande funktion och främja delaktighet i vård och behandling.

Det framkom i resultatet att de anhöriga har ett uttryckt behov av att vara *delaktiga* och bli *bekräftade*. De vill, redan från ett tidigt skede, vara delaktiga i planeringen av vården. Det bemötande de anhöriga fick från sjuksköterskan påverkade deras vilja till att vara delaktiga och bristen på bekräftelse utgjorde ett hinder i etableringen av en fungerande vårdrelation. Bristen på bekräftelse resulterade i känslor av maktlöshet men även orkeslöshet då de ansåg sig ha små chanser att påverka. Sjöblom et al. (2005) menar att sjuksköterskan upplever att det inte alltid är så självklart och enkelt att främja delaktigheten för de anhöriga. Sjuksköterskan upplever det snarare som en balansakt mellan att skapa en stödjande relation till patienten och samtidigt involvera de anhöriga. Ofta upplever dessutom sjuksköterskan att det vore bättre för den sjuke om de anhöriga inte var delaktiga så mycket. De anhöriga får gärna hälsa på men sjuksköterskan föredrar att utföra vårdandet själv. Även om sjuksköterskan vill föra en dialog och göra de anhöriga delaktiga är det inte alltid tillåtna att göra detta, önskemål och krav från patienter kan utgöra ett hinder och på så sätt förhindra det. Dessa önskemål kan röra sig om att patienten inte vill att dennes anhöriga ska vara delaktiga eller ta del av viss information. För sjuksköterskans del kan det också handla om tidsbrist som ett hinder för att göra de anhöriga delaktiga.

Genomgående i resultatartiklarna var behovet av *stöd* och bristen på sådant påpekades frekvent. Extra påtaglig blev detta behov i samband med att den näras första inskrivning då

detta ofta medförde känslor av förvirring, sårbarhet och hjälplöshet. Detta stöd kunde hjälpa de anhöriga att hantera den rådande situationen. Istället för att bli erbjuden stöd upplevde de anhöriga att de blev skuldbelagda och att de sågs som en del av problemet. Dessutom upplevde många anhöriga att de, till följd av att ha en psykiskt sjuk närstående, själva led av psykisk ohälsa. Enligt Sjöblom et al. (2005) har sjuksköterskorna ofta en medvetenhet om de anhörigas behov av stöd, problemet ligger snarare i hur de ska ge detta stöd då det saknas tydliga riktlinjer. Dessutom upplever sjuksköterskor att de inte vill tränga sig på utan föredrar att de anhöriga själva söker kontakt hos dem för att få stöd. De anhöriga kan då uttrycka vilken form av stöd de är i behov av. Travelbee (2001) menar att en fungerande vårdrelation, jämförbar med den mellanmänskliga relationen, är en grund för att erbjuda stöd.

Vårdrelationen har som mål, att genom stöd och bekräftelse hjälpa den sjuke och de anhöriga till att kunna hantera och bemästra det lidande som sjukdomen för med sig samt finna mening med situationen. Kertchok, Yunibhand och Chaiyawat (2011) bekräftar att en kontinuerlig kontakt mellan de anhöriga och sjuksköterskan bidrar till att skapa en fungerande vårdrelation. Känner de anhöriga dessutom att de blir erbjudna stöd i form av samtal kan de i sin tur stödja deras psykiskt sjuke närstående. Enligt Travelbee (2001) är den mellanmänskliga relationen dessutom ett medel för sjuksköterskan till att uppnå sitt mål. Ett mål som innebär att identifiera den sjuke och dennes anhörigas behov för att i sin tur kunna tillgodose dessa.

Även om det inte var ofta förekommande så noterades ändå en del *positiva erfarenheter* av mötet med psykiatrin. Det som kan utläsas som gemensamt mellan dessa är att de positiva erfarenheterna kommer till följd av att få sina behov uppfyllda. Det handlande om att de kände sig bekräftade, fick möjlighet till att vara delaktiga samt upplevde att sjuksköterskorna tog till sig det de ville berätta. De anhöriga upplevde även en god vårdrelation med fungerade kommunikation och informationsutbyte. Enligt Lakeman (2008) beror positiva erfarenheter som anhöriga upplevt ofta på att sjuksköterskan strävade efter att ha en kontinuerlig kontakt och fick de anhöriga att känna sig delaktiga i vårdplaneringen av sin närstående. Johansson, Skärsäter och Danielson (2007) menar att en god vårdrelation bygger på sjuksköterskans förmåga att vara stödjande, respektfull och flexibel i mötet med anhöriga. Att ta sig tid och inleda en dialog visar på sjuksköterskans vilja till att få en närmre relation till de anhöriga. Dessa ansträngningar har visats sig leda till att anhöriga kände sig bekräftade i mötet med sjuksköterskan. Travelbee (2001) menar att vårdrelationen inte är något som etableras direkt utan utvecklas över tid där interaktion och kommunikation är av stor vikt. Genom interaktionen med de anhöriga kan sjuksköterskan se den unika människan och

uppmärksamma dennes behov för att en mellanmänsklig relation dem emellan ska kunna skapas. Kommunikation kan ses som en process för utbyte av tankar och idéer och avgör om sjuksköterskan har förmåga att skapa en mellanmänsklig relation och vårdrelation. Genom att observera och kommunicera med patienten och de anhöriga kan sjuksköterskan urskilja behov och har därefter möjlighet att planera hur dessa ska tillgodoses.

Det visade sig även i resultatet att flertalet anhöriga hade positiva erfarenheter tack vare ett fungerande vårdteam. De kände sig involverade och delaktiga samt att de fick den hjälp de behövde. Liberman, Hilty, Drake och Tsang (2001) påpekar att ett vårdteams viktigaste uppgift är just att involvera anhöriga i de närståendes vård genom att sätta värde på de anhörigas och deras psykiskt sjuke närståendes livsmål. För att behandlingen ska ha en positiv utgång för patienten är det viktigt att de anhöriga upplever att de får hjälp med att hantera situationen. De kan då lättare ge stöd till sin nära till återhämtning. För att relationen mellan den anhörige och vårdteamet ska fungera bra krävs ett tillåtande klimat där de anhöriga känner att de kan vara öppna och uttrycka sina tankar och känslor.

### **8.3. Praktiska implikationer**

Då sjuksköterskan har en medvetenhet om de anhörigas behov vid kontakten med psykiatrin kan de aktivt stödja den anhöriga samt hjälpa dem att hantera och bearbeta den rådande situationen. Detta kan ske genom att hjälpa de anhöriga att finna lämpliga copingstrategier där de får möjlighet till att bearbeta sina erfarenheter. Detta förbättrar även deras möjligheter till återhämtning.

Sjuksköterskan har en viktig uppgift i att uppmärksamma förekomsten av stigmatisering, såväl hos de anhöriga som hos patienten. Detta för att minska känslan av utanförskap men även för att öka medvetenheten kring fenomenet, hos alla parter.

Att ta tillvara på de anhörigas kunskaper kan ge en ökad förståelse om personen bakom sjukdomen, vilket medför en mer individanpassad vård där hela familjen involveras. Detta kan i sin tur ligga till grund för en god och fungerande vårdrelation som bygger på ömsesidigt utbyte av kunskap. I slutändan resulterar det förhoppningsvis i färre återfall och således en gynnsam inverkan på psykiatrin.

#### **8.3.1. Förslag på fortsatta studier**

Det framkommer i denna litteraturoversikt att de anhöriga har övervägande negativa erfarenheter av deras möten med psykiatrin. Dock framkommer det en del positiva där det finns ett fungerande samarbete. Det vore av intresse att studera vilka faktorer som bidrog till

att skapa ett fungerande samarbete och därmed gav de anhöriga en positiv erfarenhet. I exempelvis Australien har ett praktiskt arbetsverktyg utvecklats som kommit att användas inom den psykiatriska vården. Genom att lyfta fram sjuksköterskans förväntningar på anhörigas delaktighet kan det komma att underlätta arbetet med att skapa ett samarbete och få de anhöriga att känna sig involverade. Detta verktyg är ett kostnadseffektivt sätt för att förbättra delaktighet för de anhöriga inom den psykiatriska vården. Arbetsverktyget är en utformad guide i punktform där det centrala utgör samarbete och information, det är betydelsefullt att både anhöriga tillsammans med sjuksköterskan ska känna att denna involvering är tillfredsställande för båda parter. Den praktiska guidens utformning och användande har visat sig ha positiva effekter på anhörigas upplevelser av kontakten med den psykiatriska vården. Samtidigt har sjuksköterskan känt att guiden är ett bra verktyg att använda sig av för att kunna involvera de anhöriga på bästa sätt. De anhöriga ska ses som en resurs som kan bidra med viktig information och de anhörigas delaktighet har betydelse för deras psykiskt sjuke närståendes vård. Att samarbeta med anhöriga har därför positiva följder inte bara för deras nära utan även för dem själva som stärks av att känna sig delaktiga. De positiva erfarenheterna som anhöriga upplevt har med kontakten att göra, de hade en kontinuerlig kontakt med sjuksköterskan och kände sig involverade i vårdplaneringen för deras psykiskt sjuke nära. Huruvida dessa positiva erfarenheter tas tillvara och ingår i den psykiatriska vårdens förändring mot en förbättring inom området delaktighet, påverkas av hur nya sjuksköterskor får ta del av denna guide och om det finns positiva förebilder som utövar guiden praktiskt (Lakeman, 2008).

Det skulle vara av intresse att studera vilka konsekvenser det skulle medföra för de anhöriga att introducera denna typ av praktiska guide inom psykiatrin i Sverige. Kan ett användande av denna guide öka de anhörigas möjligheter till samarbete och delaktighet?

## 9. Slutsats

Anhöriga har ett stort och betungande ansvar som medför ett ökat behov av stöd. I kontakten med psykiatrin har de anhöriga ett behov att få relevant och uppriktig information, både gällande sjukdom och också förväntningar. Det uttrycks en vilja att samarbeta med sjuksköterskan och få vara delaktig redan från ett tidigt skede samt att de av psykiatrin ska ses som en resurs. Dock upplever många anhöriga att de istället blev skuldbelagda, de sågs som en orsak till sjukdomen, något som förstärkte den egna känslan av skuld och skam. Sjuksköterskan inom den psykiatriska vården har därmed ett ansvar och viktig uppgift att se de anhöriga och möjliggöra delaktighet. Dessutom bör sjuksköterskan sträva efter att bekräfta

de anhörigas börda och behov samt ge dem tillfälle att få uttrycka sina tankar och känslor, detta som ett led i att etablera en fungerande vårdrelation och samarbete.

När de anhöriga har fått möjlighet att vara delaktiga samt haft en fungerande kontakt med ömsesidigt informationsutbyte har det resulterat i positiva erfarenheter av mötet med psykiatrin.

## Referensförteckning

- Allgulander, C. (2005). *Introduktion till klinisk psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.
- Andreasson, E. & Skärsäter, I. (2012). Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: Basis for an action plan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 15-22
- Angermeyer, M.C., Schulze, B. & Dietrich, S. (2003). Courtesy stigma: A focus group of relatives of schizophrenic patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(10), 593-602.
- \*Barnable, A., Gaudine, A., Bennett, L. & Meadus, R. (2006). Having a sibling with schizophrenia: A phenomenological study. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 20(3), 247-264.
- Booth, W.C., Colomb, G.G. & Williams, J.M. (2004). *Forskning och skrivande. Konsten att skriva enkelt och effektivt*. Lund: Studentlitteratur.
- Carnevali, D. (1999). *Handbok i omvårdnadsdiagnostik*. Stockholm: Liber.
- Cullberg, J. (2003). *Dynamisk psykiatri* (7 uppl). Stockholm: Natur och kultur.
- Cullberg, J. (2004). *Psykosser. Ett integrerat perspektiv* (2 uppl). Stockholm: Natur och kultur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- \*Doornbos, M.M. (2002). Family caregivers and the mental health care system: Reality and dreams. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(1), 39-46.
- \*Ewertzon, M., Andershed, B., Svensson, E. & Lützén, K. (2011). Family member's expectation of the psychiatric healthcare professionals' approach towards them. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 146-157.
- \*Ewertzon, M., Lützén, K., Svensson, E. & Andershed, B. (2010). Family members' involvement in psychiatric care: experiences of the healthcare professionals' approach and feeling of alienation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 422-432.
- \*Ferriter, M. & Huband, N. (2003). Experiences of parent with a son or daughter suffering from schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 552-560.
- Friberg, F. (2012a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats* (s. 121-132). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012b). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats* (133-145). Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (3 uppl). Stockholm: Natur och Kultur
- \*Gavois, H., Paulsson, G. & Fridlund, B. (2006). Mental health professional support in families with a member suffering from severe mental illness: A grounded theory model. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 20, 102-109.
- Goodwin, V. & Happell, B. (2007). Consumer and carer participation in mental health care: the carer's perspective: part 2 -- barriers to effective and genuine participation. *Issues in Mental Health Nursing*, 28 (6), 625-38.
- Goffman, E. (2011). *Stigma. Den avvikandes roll och identitet* (3 uppl). Stockholm: Nordstedts.
- Hedelin, B. (2006). Att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa. Psykiatrisk omvårdnad utanför psykiatriens arena. I B. Arvidsson & I. Skärsäter (Red.), *Psykiatrisk omvårdnad. Att stödja hälsofrämjande processer* (s. 63-83). Lund: Studentlitteratur.
- \*Jakobsen, E.S. & Severinsson, E. (2006). Parents' experiences of collaboration with community healthcare professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 498-505.



- Johansson, A., Anderzen-Carlsson, A., Åhlin, A. & Andershed, B. (2010). Mothers' everyday experiences of having an adult child who suffers from long-term mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 692-699.
- Johansson, A., Anderzen-Carlsson, A., Åhlin, A. & Andershed, B. (2012). Fathers' everyday experiences of having an adult child who suffers from long-term mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 33, 109-117.
- Johansson, I.M., Skärsäter, I. & Danielson, E. (2007). Encounters in a locked psychiatric ward environment. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 366-372
- Kertchok, R., Yunibhand, J. & Chaiyawat, W. (2011). Creating a new whole: Helping families of people with schizophrenia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(1), 38-46.
- Kirkevold, M., & Strømsnes Ekern, K. (2003). *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv*. Stockholm: Liber.
- Lakeman, R. (2008). Practice standards to improve the quality of family and carer participation in adult mental health care: An overview and evaluation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(1), 44-56.
- Larson, J.E. & Corrigan, P. (2008). The stigma of families with mental illness. *Academic Psychiatry*, 32(2), 87-91.
- Lieberman, R.P., Hilty, M.D., Drake, E. R. & Tsang, H.W.H. (2001). Requirements for Multidisciplinary Teamwork in Psychiatric Rehabilitation. *Psychiatric Services*, 52 (10), 1331-1342.
- Lilja, L. & Hellzén, O. (2008). Former patients' experience of psychiatric care: A qualitative investigation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 279-286.
- Markström, U. (2003). *Den svenska psykiatireformen. Bland brukare, eldsjälur och byråkrater*. Umeå: Boréa.
- Medicinska forskningsrådet. (2000). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. Forskningsetisk policy och organisation i Sverige* (MFR-rapport, 2). Stockholm: Medicinska forskningsrådet.
- Moberg, Å. (2005). *Vara anhörig. Bok för anhöriga till psykiskt sjuka*. Stockholm: Bokförlaget DN
- Nationell psykiatrisamordning (2006). *Så vill vi ha det: Patient-, brukar- och anhörignätverkets krav på framtida vård, stöd och behandling inom psykiatriområdet* (Rapport från Nationell psykiatrisamordning 2006:6). Stockholm: Nationell psykiatrisamordning.
- \*Nordby, K., Kjønnsberg, K. & Hummelvoll, J. K. (2010). Relatives of persons with recently discovered serious mental illness: In need of support to become resource persons in treatment and recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 304-311.
- Nordenfelt, L. (2004). *Livskvalitet och hälsa. Teori och kritik* (2 uppl). Linköping Universitet: Institutionen för hälsa och samhälle.
- Ottosson, H. & Ottosson, J-O. (2007). *Psykiatriboken*. Stockholm: Liber
- Ottosson, J-O. (2003). *Psykiatrin i Sverige: Vägval och Vägvisare*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Perseus, K-I. (2010). Personlighetsstörningar. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa* (s.173-197). Lund: Studentlitteratur.
- Polit, F. D & Beck, T. C. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (uppl. 9). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- \*Schröder, A., Larsson, B. W. & Ahlström, G. (2007). Next of kin's conception of the quality of care in the psychiatric setting: A phenomenographic study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 307-317.

- Segersten, K. (2012). Att bidra med evidensbaserad omvårdnad med grund I analys av kvantitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Att skriva uppsats* (s.111-119). Lund: Studentlitteratur.
- Sjöblom, L-M., Pejler, A. & Asplund, K. (2005). Nurses' view of the family in psychiatric care. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 562-569.
- \*Sjöblom, L-M., Wiberg, L., Pejler, A. & Asplund, K. (2008). How family members suffering from mental illness experience psychiatric care. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 13(3), 1-13.
- Skärsäter, I (2010a). Förstämningssyndrom. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa*. (s. 67-95). Lund: Studentlitteratur.
- Skärsäter, I (2010b). Inledning. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa*. (s.17-21). Lund: Studentlitteratur.
- Skärsäter, I. & Willman, A. (2006). The recovery process in major depression: An analysis employing Meleis' transition framework for deeper understanding as a foundation for nursing interventions. *Advances in Nursing Science*, 29, 245-259.
- Socialstyrelsen (1999). *Välfärd och valfrihet? - Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform*. Hämtad: 130319: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer1999/1999-15-1>
- Socialstyrelsen (2001). *Folkhälsorapport 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 130211: [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)
- Socialstyrelsen (2009). *Nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom-beslutstöd för prioriteringar*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2000:91. *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan: slutbetänkande av Nationella folkhälsokommittén*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.
- SOU 2006:100. *Ambitioner och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser av resurser till personer med psykisk sjukdom och funktionshinder: slutbetänkande*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspect of nursing* (2 uppl). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (5 uppl). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Vetenskapsrådet (2011). *God forskningssed 1:2011*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- \*Wilkinson, C. & McAndrew, S. (2008). I'm not an outsider, I'm his mother! A phenomenological enquiry into carer experiences of exclusion from acute psychiatric settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 392-401.
- Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s.57-79). Lund: Studentlitteratur.
- Östman, M. (2000). *Family burden and participation in care. A study of relatives to patients admitted to voluntary and compulsory psychiatric care*. (Akademisk avhandling, Lund Universitet, 2000).
- Östman, M. & Hansson, L. (2001). The relationship between coping strategies and family burden among relatives of admitted psychiatric patients. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 15, 159-164.
- Östman, M. & Kjellin, L. (2002). Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 181, 494-498.
- \*Östman, M. (2004). Family burden and participation in care: Differences between relatives of patient admitted to psychiatric care for the first time and relatives of re-admitted patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 608-613.

- Östman, M. (2005). Familjens situation. I D. Brunt & L. Hansson (Red.), *Att leva med psykiska funktionshinder. Livssituation och effektiva vård- och stödinsatser* (s.173-189). Lund: Studentlitteratur.
- Östman, M. (2008). Interviews with children of persons with a severe mental illness: Investigating their everyday situation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(5), 354-359.

Resultatartiklar markeras med \*

**Bilaga 1, Sökmatrix**

<b>Databaser</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Antal lästa</b>	<b>Valda artiklar</b>
CINAHL Plus with Full Text	Mental illness AND Family members	244	Titlar 244 Abstract 16 Full text 5	Gavois, H., Paulsson, G. & Fridlund, B. (2006)  Nordby, K., Kjønnsberg, K. & Hummelvoll, J.K. (2010)  Sjöblom, L-M., Wiberg, L., Pejler A. & Asplund, K. (2008)
CINAHL Plus with Full Text	Next of kin AND Mental illness	3	Titlar 3 Abstract 2 Full text 1	Schröder, A., Larsson, B.W. & Ahlström, G.
PsycINFO	Family member AND Psychiatric care	521	Titlar 0 Abstract 0 Full text 0	0
CINAHL Plus with Full Text	Family members AND Psychiatric care	145	Titlar 145 Abstract 14 Full text 7	Ewertzon, M., Andershed, B., Svensson, E. & Lützn, K. (2011)  Ewertzon, M., Lützn, K., Svensson, E. & Andershed, B. (2010)  Östman, M. (2004)
PsycINFO	Mental disorders AND Family caregivers	1201	Titlar 0 Abstract 0 Full text 0	0
PsycINFO	Mental disorders AND Family caregivers AND Psychiatric	248	Titlar 248 Abstract 21 Full text 10	Doornbos, M.M. (2002)  Ferriter, M. & Huband, N. (2003)
CINAHL Plus with Full Text	Jakobsen AND Severinsson	1	Titlar 1 Abstract 1 Full text 1	Jakobsen, E.S. & Severinsson, E. (2006)
CINAHL Plus with Full Text	Wilkinson AND McAndrew	1	Titlar 1 Abstract 1 Full text 1	Wilkinson, C. & McAndrew, S. (2008)
CINAHL Plus with Full Text	Barnable	1	Titlar 1 Abstract 1 Full text 1	Barnable A., Gaudine, A., Bennett, L. & Meadus, R. (2006)

## Bilaga 2, Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Barnable, A., Gaudine, A., Bennett, L. & Meadus, R.	Having a sibling with schizophrenia: A phenomenological study.	2006, Kanada, Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal	Få en djupare förståelse kring upplevelserna av att vara syskon till en person med schizofreni.	Kvalitativ studie. En hermeneutisk fenomenologisk metod används. De medverkande (sex stycken) deltar i en semistrukturerad intervju där de utan avbrott får beskriva deras upplevelser. Ytterligare intervju genomfördes tre månader senare där deltagarna får möjlighet att bekräfta sammanfattningen av deras föregående intervju. Resultaten transkriberas och läses flera gånger och analyserades av samtliga författare separat.	Fyra teman upptäcktes: 1. Kamp för att förstå sjukdomen, vad den innebär men även orsaken till den. En önskan om att få hjälp till. 2. Kamp mot sjukvårdssystemet. Bristande information och stöd. Ingen som lyssnar. 3. Vårda sitt syskon, påverkar på deras vardagliga liv. 4. Se bortom sjukdomen. Se personen bakom sjukdomen och inte bara sjukdomen i sig.
Doornbos, M.M.	Family caregivers and the mental health care system: Reality and dreams.	2002, Holland, Archives of Psychiatric Nursing	Få en ökad förståelse för anhängvårdarens perspektiv på stödjande och icke stödjande aspekter på den psykiatriska vården samt deras önskemål gällande detta.	Kvalitativ studie. En metodisk triangulering har använts för att få ett bredare perspektiv. En 76 deltagare har svarat på frågeformulär innehållande tre breda frågor. Resultatet har transkriberats, sedan kategoriserats i tre teman.	Svårigheter i interaktionen mellan anhöriga och sjukvårdspersonal, framför allt gällande informationsutbyte och involvering vid planering av vård. De anhöriga upplever brist på stöd, både till sig själva men även till den sjuke. Bristande resurser. Positiva upplevelser framkommer

					också gällande bemötande. Önskemål om ett bättre benhandlingsprogram som kan erbjuda struktur för den sjuke, utökat stöd samt ökad kunskap hos dem själva.
Ewertzon, M., Andershed, B., Svensson, E. & Lützén, K.	Family member's expectation of the psychiatric healthcare professionals' approach towards them.	2011, Sverige, Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing	Undersöka de aspekter av bemötande som familjemedlemmar till personer som vårdas inom psykiatrin anser är viktiga samt hur dessa överensstämmer med den verkliga upplevelsen.	Kvalitativ studie. 70 familjemedlemmar har svarat på FIAQ (Family Involvement and Alienation Questionnaire)-frågeformulär, 40 på del ett (erfarenheter av bemötande) och 48 på del två (känsla av utanförskap) Svaren gått igenom flera gånger och sedan kategoriserats	Tydlig information samt uppriktighet om det faktiska tillståndet är faktorer som anses viktiga. Personalen bör även vara tillmötesgående, vara lyhörda samt ha en öppenhet.
Ewertzon, M., Lützén, K., Svensson, E. & Andershed, B.	Family members' involvement in psychiatric care: experiences of the healthcare professionals' approach and feeling of alienation	2010, Sverige, Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing	Undersöka familjemedlemmars upplevelser av bemötandet från personal inom den psykiatriska vården.	Kvalitativ studie. 38 familjemedlemmar svarade på FIAQ-frågeformulär. Svaren analyserad med hjälp av icke parametisk metod. Därefter sammaställdes resultatet och kategoriserades i tabellform	En generell svarsprofil över upplevelserna av bemötande tyder på en övervägande negativ upplevelse.
Ferriter, M. & Huband, N.	Experiences of parent with a son or daughter suffering from schizophrenia	2003, Storbritannien, Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing	Få ökad inblick i föräldrars erfarenheter av att leva med en son eller dotter med schizofreni, den emotionella börda och hjälplösheten.	Kvalitativ studie. Intervju med föräldrar till 22 barn med schizofreni. Svaren har transkriberats, sammanställts enligt en trepoängs rankingsskala samt kategoriserats.	Upplever att barnen drar sig tillbaka, är våldsamma samt är hotfulla. Bristande information och stöd från sjukvården.

Gavois, H., Paulsson, G. & Fridlund, B.	Mental health professional support in families with a member suffering from severe mental illness: a grounded theory model	2006, Sverige, Scandinavian Journal of Caring Science	Utveckla en modell för stödjande insatser för MHP (mental health professional) baserad på de behov som finns hos anhöriga till personer med allvarlig psykisk ohälsa.	Kvalitativ studie. Intervju av 10 familjemedlemmar angående deras behov av stöd. Analys av svaren skedde enligt <i>grounded theory</i> och resultaten jämfördes för att finna likheter samt skillnader.	Första kontakten med vården påverkar familjens förmåga att hantera den krisartade situationen, att gå från kris till återhämtning. Faktorer som spelar in är att vara närvarande, skapa interaktion i ett tidigt skede, vikten av information, lyhördhet, delaktighet samt empowerment.
Jakobsen, E.S. & Severinsson, E.	Parents' experiences of collaboration with community healthcare professionals	2006, Norge, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Fokusera på föräldrarnas upplevelser av samarbetet med sjukvårdspersonal	Kvalitativ studie med ett undersökande förhållningssätt. 6 föräldrar intervjuas vid 2 tillfällen varav tillfälle två fokuserar på att klargöra och utveckla tidigare svar samt diskutera nya aspekter från de andra föräldrarna. Intervjuerna följde en temaorienterad mall med fokus på bl.a. stöd från psykiatrin, attityder, information och samarbete. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Författarna jämförde, diskuterade och enades sedan om resultatet.	Bemötandet och förståelsen från personalen varierar beroende på nivå på utbildning. Känslor av frustration över fientlighet från sjukvården samt att de inte vill att föräldrarna involveras. Brist på information och en känsla av att personalen gömmer sig bakom sekretessen. Upplever ett stort behov av stöd och vägledning. Negativ påverkan på den egna hälsan påpekas.
Nordby, K., Kjøsberg, K. & Hummelvoll, J.K.	Relatives of persons with recently discovered serious mental illness: in need of support to become resource persons in treatment and recovery	2010, Norge, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Undersöka och beskriva vad som underlättar ett aktivt engagemang från de anhöriga gällande behandling och rehabilitering av närstående med psykisk	Kvalitativ studie. 18 anhöriga har genomfört frågeformulär, intervjuer och samtal i grupp. Datan har analyserats och tolkats och de anhöriga har fått komplettera om det är något de tycker fattas.	Fyra teman hittades. Anhöriga anser det är viktigt med ett empatisk och lyhört bemötande samt att personalen inger hopp för att skapa tillit. Behov av stöd och professionell hjälp, tydlig information samt bekräftelse

			sjukdom.	Resultatet har indelats i teman och sammanställts i tabellform	
Schröder, A., Larsson, BW. & Ahlström, G	Next of kin's conceptions of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study.	2007, Sverige, International Journal of Mental Health Nursing	Beskriva hur de anhöriga upplever kvalitén av den psykiatriska vården.	Deskriptiv kvalitativ studie. 12 anhöriga medverkade i intervjuer kring deras upplevelser av kvalitén av den psykiatriska vården. Analysen av datan skedde ur ett fenomenografiskt förhållningssätt. Resultaten jämfördes och sammanställdes.	En önskan om att vårdpersonalen behandlar dem som individer och inte bara som sjukdomar samt har en medvetenhet om risk för stigmatisering. Behov av att bli sedd av vården, engagerad personal, stöd och hjälp med att bearbeta skamkänslor. Delaktighet samt tydlig information är av stor vikt.
Sjöblom, L-M., Wiberg, L., Pejler A. & Asplund, K.	How family members of a person suffering from mental illness experience psychiatric care.	2008, Sverige, International Journal of Psychiatric Nursing Research	Beskriva hur anhöriga till personer med psykiska sjukdomar upplever kontakten med psykiatrin.	Kvalitativ studie. 16 anhöriga till personer med psykisk sjukdom, uppdelade i fyra fokusgrupper intervjuades om deras upplevelser av den psykiatriska vården. Intervjuerna transkriberades sedan och sammanställdes med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.	Fyra teman med subteman upptäcktes; besvikelse på den psykiatriska vården, självupppoffring, behov av information i ett tidigt skede men även fortlöpande, bemötta med misstro och förutfattade meningar. Det upplevs som positivt när de blir involverade och delaktiga i vården och tas tillvara som en resurs.
Wilkinson, C. & McAndrew, S.	'I'm not an outsider, I'm his mother!' A phenomenological enquiry into carer experiences of exclusion from acute psychiatric	2008, Storbritannien, International Journal of Mental Health Nursing	Att ur den informella vårdgivarens perspektiv förstå den subjektiva upplevelsen av en närståendes intagning på en sluten, akut	Kvalitativ studie. Fyra anhöriga till personer med psykisk sjukdom intervjuades kring deras upplevelser av delaktighet. En hermeneutisk fenomenologisk metod	En övergripande känsla att vara utestängd från vården visade sig. Denna känsla av utanförskap delades upp i fyra teman; maktlöshet, isolering, behov av bekräftelse samt en önskan om att



	settings.		psykiatrisk avdelning.	användes vid analysen för att nå en fördjupad holistisk förståelse för fenomenet.	få vara delaktig och samarbeta med vården.
Östman, M.	Family burden and participation in care: differences between relatives of patients admitted to psychiatric care for the first time and relatives of re-admitted patients.	2004, Sverige, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Att få ökad kunskap kring den börda de närstående upplever samt deras delaktighet i vårdandet av en psykiskt sjuk familjemedlem	Kvalitativ studie. 162 anhöriga till patienter inom psykiatrisk öppenvård från fyra olika platser i Sverige har deltagit i intervjuer. Svaren jämfördes och sammanställdes i tabellform	Delaktighet i vården yttrade sig i form av initiativtagande till att söka hjälp, ha den främsta kontakten med vården, delaktig till tvångsintagning samt behov av stöd. Familjebördan yttrade sig i form av konstant stress, självuppoffring, påverkan på det sociala livet, fysiskt våld och oro.