

En kvalitativ studie om närståendes upplevelser kring depressionen och stödet

Skriven av: Maina Skarner Bengtsson

C-uppsats – SOPA 63

Vårterminen 2011

Socionomutbildningen på Lunds Universitet, Campus Helsingborg



Handledare: Anders P. Lundberg
Examinator: Staffan Blomberg

Abstract

Author: Maina Skarner Bengtsson

Title: “A qualitative study of family members and spouses experiences regarding the depression and the support”

Supervisor: Anders P. Lundberg

Examiner: Staffan Blomberg

One third of the Swedish population has at some point of their lives been afflicted with a depression, and although there are many interventions to be had, a majority of them focus solely on the individual with the depression. Shedding light on how family members and spouses experience the support they receive is still quite a new area of research and therefore this paper hopes to answer 1) how family members and spouses experience their encounters with professionals working with depression, 2) what significance informal organisations have had for them and also 3) what social workers working with individual with depression say about what role family members and spouses play in regard to the depression. To answer these questions three people who at some point of their lives have lived with an individual with depression and three social workers have been interviewed. The result coincides with earlier theories and studies claiming that family members and spouses do indeed experience burden in relation to their encounters with professionals, that formal organisations do not yet offer the necessary interventions that cover family members and spouses needs for support and that it is because of this that there is a need for informal organisations. The conclusion of this study is that there is quite a lot of support to be had and that social workers are in the unique position of coordinating the necessary help. Therefore the future goal within social work should be to combine forces with informal organisations and make sure that all the affected members get the information and support necessary.

Keywords: Depression, family members, spouse, social work, informal organisations.

Förord

Ämnet i denna uppsats är lite av en hjärtefråga för mig. Därför är jag väldigt glad över, att jag fick möjlighet att skriva klart den, även om det gick att genomföra först ett och ett halvt år senare än planerat. Dock hade jag aldrig klarat av det utan det stöd jag fått från min make, föräldrar och handledare. De är mina närstående, och jag är tacksam över, att jag haft turen att ha dem i mitt liv.

Uppsatsen hade så klart inte varit hel utan intervjudeltagarna, och dessa glömmar jag inte så lätt. De har visat ett enormt mod att våga tala så öppet som de gjort. Jag hoppas, att jag med denna uppsats kommer att sätta strålkastarljuset på deras upplevelser, så att vi inte glömmar bort de närstående som en viktig del av läkandeprocessen, oavsett vilken sjukdom det handlar om.

Innehållsförteckning

1	INLEDNING OCH PROBLEMFÖRMULERING	6
1.1	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	8
1.2	DISPOSITION	8
2	METOD	9
2.1	VAL AV METOD	9
2.1.1	<i>Metodens för- och nackdelar</i>	9
2.1.2	<i>Urval</i>	9
2.1.3	<i>Validitet, reliabilitet och representativitet</i>	10
2.2	INTERVJUFÖRFARANDET	10
2.3	ETISKA ÖVERVÅGANDEN	11
2.4	BEARBETNING AV DET EMPIRISKA MATERIALET	11
2.5	VAL AV LITTERATUR	12
2.6	DEFINITIONER AV BEGREPP	12
2.6.1	<i>Depressioner eller mer specificerat</i>	12
2.6.2	<i>Närstående eller anhöriga</i>	12
2.6.3	<i>Yrkesverksamma eller mer definierat</i>	13
2.6.4	<i>Intresseorganisationer och självhjälpgrupper</i>	13
3	TIDIGARE FORSKNING	13
3.1	ATT VARA NÄRSTÅENDE	13
3.2	EXISTERANDE INSATSER FÖR NÄRSTÅENDE	14
3.3	DET INFORMELLA STÖDET FRÅN INTRESSEORGANISATIONER	16
4	TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	17
4.1	BEMÖTANDETS ETIK OCH DOXA	17
4.2	MAKT(LÖSHET) OCH EMPOWERMENT	18
4.3	COPING STRATEGIER OCH DET SOCIALA STÖDET	18
5	RESULTAT OCH ANALYS	19
5.1	PRESENTATION AV INTERVJUPERSONER	19
5.2	BEMÖTANDE	20
5.3	ATT VARA NÄRSTÅENDE	21
5.4	BEHOVET AV ATT DELA SINA ERFARENHETER	23
5.5	INTEGRITET, TYSTNADSPLIKT OCH INTRESSEKONFLIKTER	25
5.6	COPING	27
5.7	FÖRENINGSTILLHÖRIGHETEN	29

6	DISKUSSION OCH EGNA REFLEKTIONER	31
6.1	SLUTSATS OCH REFLEKTION.....	31
	REFERENSER	33
	BILAGA 1 - INTRODUKTIONSBRIV.....	36
	BILAGA 2 - INTERVJUFRÅGOR TILL NÄRSTÅENDE	37
	BILAGA 3 - INTERVJUFRÅGOR TILL SOCIONOMERNA:.....	38

1 Inledning och problemformulering

Enligt socialstyrelsen (2010) hamnar 25 % av kvinnorna och 15 % av männen av Sveriges befolkning i en behandlingskrävande depression någon gång i sitt liv. Det är en känslig situation, som är värd att beakta, då depressionen ofta inte bara påverkar den depressive utan också de som är närstående. Även om socialstyrelsens fokus inte legat på de närstående, påpekar de att närstående ofta utgör ett viktigt stöd till personer med depression och ångestsyndrom. Detta styrks av Jorm m.fl. (2000), som fann att människor med psykisk ohälsa oftast beskrev sina nära vänner, familj och rådgivare som mer betydande för deras välmående än vad psykiatriker, psykologer eller socialarbetare kunnat vara. Forskare som Perlick (i Van der Voort m.fl., 2007) och Cohen (2004), visar också, att de depressiva i många fall blir institutionaliserade i mindre grad, när relationen mellan den depressive och närstående fungerar.

Tranvåg & Kristoffersson (2008) och Wijngaarden m.fl. (2003) fann dock, att närstående upplever en rad olika bördor med att vara just närstående. Bördorna varierade från att vara personliga, till sociala och/eller ekonomiska med risk för den närståendes egen hälsa. Det kan enligt Ogilvie (i Reinares m.fl., 2006) finnas en poäng med att förstå hur närstående upplever själva sjukdomen, och hur stödet kring sjukdomen ser ut. Det är dock en komplicerad situation, då det först och främst är den depressives egen situation, integritet och självbestämmande som ska beaktas. Socialstyrelsen vidkänner att "de närstående påverkas också själva av patientens situation, vilket gör att de har behov av att vara delaktiga i planeringen och få egen kunskap för att kunna hantera de påfrestningar som kan uppstå" (2010, s. 71). För att forska om de professionella stöden till närstående behöver man dock leta bland litteratur och lagar, som vänder sig till äldre och funktionshindrade. Sand (2002) har skrivit en bok om just anhörigvårdare och beskriver hur det under den senaste tiden, i allt bredare omfattning, har diskuterats vilken betydelse den anhöriga har i vårdtagarens välmående. I samband med detta har möjligheter växt fram, för anhöriga att bli anhörigvårdare, som ett sätt att förena behovet av en fullvärdig anställning, samtidigt som den anhöriga kan ta hand om den sjuke så att denne har möjlighet att t.ex. bo kvar hemma. Hon beskriver i sin bok hur man genom lagstiftning har försökt reglera ansvarsfördelningen för äldre och funktionshindrade mellan familj och samhälle. Hon påpekar också hur stödet aldrig är

riktat specifikt till den som är anhörig, utan till brukaren, även om en del av det arbetet är att stödja anhörigvårdaren. Detta stämmer överens med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom (2010), där de nämner, utan att fokusera på den närstående, att utbildning och information om depressionen har en positiv effekt gällande följsamheten av behandlingen för både den depressive och dennes närstående.

Detta gör att närstående själva behöver förkunskap, om hur de kan hitta det stöd som de behöver, för att klara situationen. Då alla närstående inte har den nödvändiga förkunskapen blir konsekvensen att behovet av det informella sociala stödet ökar, och intresseorganisationer får större betydelse (Cujipers & Stam i Van der Voort m.fl., 2007). Grosse (2009) anser att engagemanget för ideella organisationer blivit högaktuellt i många europeiska länder, som t.ex. i Sverige, när de officiella välfärdsåtgärderna inte räcker till. Förhoppningen är ofta, att dessa organisationer kan komma närmare individen och därmed bli bättre på att vara individens behov och önskemål. En av anledningarna till detta tycks vara att man på det professionella planet måste rätta sig efter officiella arbetsprocedurer och ordningsregler, medan detta inte är fallet med intresseorganisationer. Socialtjänsten har t.ex. som mål (Socialtjänstlagen 1 kap 2 § 3 st, 2001), att verksamheten alltid ska byggas på respekt för individens (i detta fall den depressives) självbestämmanderätt och integritet. Samt att "Den som är eller har varit verksam inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som avser insatser enligt denna lag får inte obehörigen röja vad han eller hon därvid har fått veta om enskildas personliga förhållanden" (Socialtjänstlagen 15 kap 1 §, 2001) och "Den som är eller har varit verksam inom enskild familjerådgivning får inte obehörigen röja en uppgift som en enskild har lämnat i förtroende eller som har inhämtats i samband med rådgivningen" (Socialtjänstlagen 15 kap 2 §, 2001). Även om detta är ett mål för många intresseorganisationer, har de ändå ett mer flexibelt arbetsförhållande till dessa lagar än vad t.ex. socialtjänsten har.

Det finns ännu inga organisationer, som av regeringen fått i uppdrag att representera depressiva och deras närstående. Det finns å andra sidan patient- och närståendeorganisationer som föreningen LIBRA i Lund (också kallad LIBRA i Skåne) och Föreningen Balans. Det är också denna kategori av organisationer, som

socialstyrelsen samarbetade med i arbetet om att utforma nuvarande riktlinjer kring depression och ångest.

LIBRA vänder sig till personer, som är eller har varit deprimerade och/eller deras närstående. Dessa personer får hos LIBRA, enligt deras hemsida "lov att 'vara'" (LIBRA i Skåne, 2011). Även Föreningen Balans arbetar utifrån att människor med liknande erfarenheter ska ge varandra råd, stöd, hjälp och gemenskap. Båda föreningarna verkar för att medlemmar, via tillhörandet av en förening, ska få sina synpunkter hörda, påverka samhället och sprida information. Även om bägge föreningarna stöder närstående har Föreningen Balans dessutom som mål att bl.a. "närstående i högre grad ska ses som resurser i vårdprocessen" (Föreningen Balans, 2011).

1.1 Syfte och frågeställning

Målsättningen med denna c-uppsats är, att få bättre kunskap om hur de närstående upplever situationen kring den depressive, och hur de hanterat den. Förhoppningen är också att rikta strålkastarljuset mot ett viktigt område hos den depressive, som inte får så mycket uppmärksamhet. För att göra detta har jag valt att skriva uppsatsen utifrån nedanstående tre frågeställningar:

- Hur upplevde närstående mottagandet från de yrkesverksamma?
- Vad betyder föreningstillhörigheten för den närstående?
- Hur upplever Socionomer, som arbetar med depressiva, den närståendes roll för depressionen?

1.2 Disposition

Uppsatsen är uppdelad i sex avsnitt. Den första är en introduktion till det område jag valt att skriva om. I det andra avsnittet hoppas jag kunna underlätta läsandet av uppsatsen genom att förklara den valda metoden och mina etiska överväganden. I det avsnittet förklarar jag också, vilka begrepp jag valt att använda. I tredje avsnittet presenterar jag tidigare forskning för att ge ytterligare förståelse inom ämnet, och i det fjärde avsnittet presenteras de teorier, som jag valt att fokusera på. I det femte avsnittet redovisas och analyseras det empiriska materialet och uppsatsen avslutas, i sjätte avsnittet med diskussion och egna reflektioner.

2 Metod

Med detta avsnitt förklarar jag hur jag har gått tillväga för att samla empirin till uppsatsen. Det som beskrivs är bl.a. den metod som jag valt att tillämpa, hur intervjuförfarandet har gått till, hur jag arbetade med det empiriska materialet, och vilka etiska överväganden som gjorts. Slutligen har jag i detta avsnitt listat vilka definitioner jag kommer använda mig av, och varför jag valt just dessa.

2.1 Val av metod

Empirin i denna uppsats är baserad på fyra kvalitativa intervjuer med sex olika personer. Den ena intervjun var en gruppintervju.

2.1.1 Metodens för- och nackdelar

Det finns fördelar och nackdelar med alla vetenskapliga metoder. Styrkan med kvantitativa studier t.ex. att det är den bästa metoden för att få svar på frågor som "hur många" eller "hur länge". Fördelen med kvalitativ forskning är å andra sidan, att man kan få svar på frågor som berör personens olika nyanser och upplevelser, vilket är varför jag valde den sistnämnda. Istället för att fråga *om* närstående upplevde att de fick stöd, och hur ofta, så ville jag genom intervjuerna få svar på *hur* närstående upplevde det stöd de fick eller inte fick.

Hur intervjun förs kan också diskuteras då Trost (2005) anser att gruppintervjuer medför egna för- och nackdelar. Målet med intervjun med de tre socionomerna, var för att få ett helhetsintryck över vad deras rutiner är, och hur de ser sin roll i relation till närstående. Faktorer som bör beaktas enligt Trost är t.ex. gruppens storlek eller risken för att intervjun kommer att cirkla kring den mest dominant personens synpunkter. Gruppintervjun upplevdes dock inte denna gång som negativ, då gruppstorleken var lagom med endast tre personer, och gruppintervjun gav utrymme för större interaktion och insikt.

2.1.2 Urval

Det var ganska svårt att hitta deltagare då fokuset ligger på närstående och inte den depressive, men jag fick till slut tag på tre personer via intresseföreningarna Balans och LIBRA. Båda dessa är ideella föreningar, baserade i Stockholm respektive Malmö, som vänder sig till depressiva och deras närstående. Socionomerna kontaktades genom att

höra efter bland två lokala öppenvårdsmottagningar, om det fanns något intresse att delta i uppsatsen. Sedan kontaktades jag av en av personerna, som deltog i intervjun.

Vid slutet av den första intervjun, som tog plats i ett bibliotek, vände sig en av biblioteksgästerna till oss och ville gärna prata om sina egna erfarenheter. Jag intervjuade då även denna person, efter att jag avslutat den första intervjun. Denna intervju valde jag dock senare att inte använda mig av, på grund av att intervjun inte var representativ för den forskning som jag ville utföra.

2.1.3 Validitet, reliabilitet och representativitet

Validiteten, alltså till vilken grad jag har svarat på mina frågor (Trost, 2004), tycker jag har varit god fastän att alla deltagarna som här representerar de närstående beskriver en situation som för det mesta tog plats för cirka tio eller mer år sedan. Det kan därför diskuteras, hur väl urvalet representerar närstående. Det bör dock påpekas, att forskningen fokuserar kring en grupp med människor i en pressad situation, vilket gör, att det kan vara känsligt att bli intervjuad under en tidigare fas i livet.

Utifrån dessa betänkelser anser jag, att alla som valt att delta i intervjuerna har varit en så kallad god representant, då alla fortfarande har möjlighet att beskriva sina upplevelser i mottagandet av individer med depressionen och deras närstående.

Slutligen är det enligt Trost (2004), svårt att uppnå en hög reliabilitet i en kvalitativ studie, men jag har försökt vara så kongruent som möjligt. Detta uppnådde jag genom att använda mig standardiserade frågor beroende på om det var en privat person jag skulle intervjua eller en socionom (se bilaga 2 och 3), även om själva intervjuutförandet hade en låg grad av standardisering.

2.2 Intervjuförfarandet

Intervjuerna underlättades av att jag i förväg hade utarbetat standardiserade frågor, och därför visste vilka frågor jag behövde få svar på. Frågorna ställdes i den ordning som var mest naturlig för deltagarens berättande, och följdfrågorna berodde på tidigare svar. Jag bestämde helt enkelt vad ämnet var, och vilken riktning intervjun skulle gå, medan deltagarna annars fick fritt berätta om sina upplevelser.

Tid och plats var enligt överenskommelse, varav deltagarens/deltagarnas förslag på vart vi skulle träffas prioriterades, då jag ville, att de skulle känna sig bekväma. Alla

intervjuer varade mellan 45 minuter och en och en halv timme samt spelades in med en diktafon. Detta lyssnade jag sedan av och skrev ner, för att empirin skulle bli lättare att analysera.

2.3 Etiska överväganden

Jag har, under studiens gång, varit noga med att följa Vetenskapsrådets (2011) fyra grundkrav – konfidentialits-, informations-, samtyckes-, och nyttjandekraven. Detta var nödvändigt att beakta då det kan vara känsligt att prata om hur en deprimerad person (en person som redan mår dåligt) påverkar den som är närstående. Därför var jag speciellt noggrann i urvalsprocessen, då jag valde deltagare. Genom att öppet ställa frågan i forumen hos diverse intresseorganisationer kunde jag vända mig till personer, som redan var engagerade kring frågan. På detta sätt kunde också de, som kände att de ville delta göra det utan att förlora sin anonymitet.

Jag var också noggrann med att deltagarna skulle vara ordentligt informerade om vad intervjun gick ut på, både skriftligt (bilaga 1) och verbalt, precis innan intervjun började. Detta gjorde att deltagarna fick två möjligheter att samtycka till intervjun. Jag började också intervjun med att utförligt förklara, att jag inte skulle ta med något av det, som kan kopplas direkt till deltagaren, att de närhelst kunde avsluta intervjun, och att det var endast jag som skulle ha åtkomst till intervjun i sin helhet. Detta underlättade också situationen, så att det inte skulle upplevas, som att jag bara hoppade på alla de känsliga frågorna med en gång. Jag började även intervjun med att lära känna personen och dennes situation först, så att de kunde prata bekvämt, innan jag ställde de tunga frågorna.

Gällande sekretessen under gruppintervjuer beskriver Trost (2005) det som etiskt problematiskt att lova sekretess, då man inte kan förlita sig på att alla deltagarna i gruppintervjun kommer hålla tystnadsplikten. I detta fall var deltagarna tre socionomer, och då de själva har en professionell relation till sekretess och etik, upplevde jag att de redan hade förståelse för det konfidentialitetskrav, som intervjun krävde.

2.4 Bearbetning av det empiriska materialet

Efter att ha träffat de olika deltagarna har jag transkriberat intervjuerna. När detta var klart, satte jag mig ner med texterna för att analysera och tolka intervjuerna för att leta fram bland annat en röd tråd och/eller nyckelord, som ofta repeterades både i varsin

intervju och i jämförelse med varandra. Detta har redovisats i femte avsnittet. Fokuseringen ligger på de närstående och intervjun med socionomerna används för att diskutera de närståendes upplevelser. Redovisningen skedde med forskningsfrågorna i bakhuvudet och analysen skedde utifrån nyckelord och tolkningar som framkom utifrån dessa.

2.5 Val av litteratur

Den litteratur jag valt är en blandning av böcker som jag blivit hänvisade till via intervjudeltagarna, och teoriböcker samt andra böcker som jag letat fram via nyckelord som rörde uppsatsen. Jag har också valt att forska bland artiklar via till exempel LibHub och uppsatser.se, inte bara för att hitta information kring min forskningsproblematik, utan också för att hitta referenser och länkar till litteratur som kunde vara användbar. En annan del av informationssökandet har varit att leta fram brukarföreningar, både för att hitta intervjupersoner och för att hitta referenser till litteratur.

2.6 Definitioner av begrepp

2.6.1 *Depressioner eller mer specificerat*

Trots att det finns ett flertal olika variationer av depressioner och symptom, har jag i denna uppsats valt att inte fördjupa mig i olikheterna. Anledningen till detta är två: 1) Det finns alltför många olika variationer för att definieras och skrivas om i en uppsats av denna nivå; 2) Fokus i uppsatsen ligger inte i symptomen eller ens hur den närstående upplever de olika depressionerna. Fokus ligger snarare i att försöka förstå hur närstående upplever bemötandet från yrkesverksamma, hur närstående upplever föreningstillhörighet och hur socionomer relaterar till de, som är närstående. På grund av detta finns det ingen skälig anledning att använda fler begrepp än just "depressioner", "depressionen" eller "den depressive" även om deltagarna själva använde olika terminologier. Dessa förklaras i samband med att de kommer fram.

2.6.2 *Närstående eller anhöriga*

Den som ger stöd behöver inte alltid vara besläktad med den depressive, vilket bl.a. Cohen m.fl. (2004) diskuterar. Utifrån deras forskning är det tydligt, att stödet är lika viktigt, oavsett om det kommer från en vän, make/maka eller direkt familjemedlem. Det är själva stödet som är betydelsefullt, och därmed har jag valt att använda "närstående"

istället för anhöriga. I de fall jag hänvisat till forskare eller deltagare jag intervjuat, har jag använt just den definitionen de själva använt.

2.6.3 Yrkesverksamma eller mer definierat

Det finns flera olika yrken som handskas med frågor om depression. Många av dessa antingen samarbetar eller har liknande arbetssätt, vilket gör att det blir svårt att separera de olika yrkena varje gång en åtgärd eller situation beskrivs. Det är inte heller alltid fallet, att de jag intervjuade, visste vilken specifik roll den professionella personen de talade med hade. På grund av detta har jag valt att använda mig av ordet "yrkesverksamma" istället för psykolog, sjuksköterska, läkare eller liknande.

2.6.4 Intresseorganisationer och självhjälsgrupper

Skillnaderna mellan intresseorganisationer och självhjälsgrupper är, utifrån vad jag kan se, inte stora, men då jag vill vara enhetlig har jag valt att använda "intresseorganisationer" istället för självhjälsgrupper. Anledningen till detta, är att medan självhjälsgrupper har som direkt mål att hjälpa individer till självhjälp, har intresseorganisationer en bred och öppen verksamhet. De erbjuder inte bara självhjälp, men också stöd, kunskap och/eller gemenskap samt förståelse.

3 Tidigare forskning

För ytterligare förståelse om uppsatsens ämne har jag i detta avsnitt valt att presentera hur yrkesverksamma uppfattar den närståendes roll i relation till den depressive.

3.1 Att vara närstående

Redan under Freuds tid gjordes det kopplingar mellan familjen och individens psykiska problem. Medan man då "skyllde" de psykiska problemen på familjen, har forskare på senare tid istället analyserat hur interaktionerna mellan individerna i familjen påverkar det psykiska problemet här-och-nu (Schjødt & Egeland, 1989). En snabb sökning på LibHub visar dessutom ytterligare framsteg, då det under de senaste 10 åren blivit allt mer aktuellt att forska i hur närstående mår, hur de själva påverkas av situationen, och hur de är en del av läkandeprocessen. Många av dessa undersökningar visar bl.a. att dåligt informerade och oroliga närstående kan motverka den sjukes rehabilitering (Tranvåg & Kristoffersen, 2008; Reinares m.fl., 2006; Cohen, 2004).

Mycket av den forskning som finns kring hur det är att vara närstående, handlar dock om personer med sjukdomar som schizofreni eller demens. Det saknas alltså fortfarande en hel del, om hur det är att vara närstående till en person med depression. Forskning har på senare tid dock visat på, att upplevelserna av att vara närstående till vissa former av depressioner inte skiljer sig markant från t.ex. schizofreni (Van der Voort m.fl., 2007, Wijngaarden m.fl., 2004).

Dore & Romans (2001) anser, att det tidigare antagandet om att familjen orsakar patientens sjukdom, har nu blivit ersatt med den motsatta uppfattningen, att sjukdomen orsakar problematik för närstående. Även om forskning inte kommit så långt gällande just depression finns det många forskare (bl.a. Van der Voort m.fl., 2007; Stjernswärd & Östman, 2008) som är överens om, att närstående upplever många olika slags bördor. Två huvudsakliga grupper kan enligt Cujiper & Stam (i Van der Voort m.fl., 2007) urskiljas: de objektiva och subjektiva bördorna. De objektiva sammanfattar den depressives faktiska symptom och beteende, och hur dessa påverkar den närstående. Exempel på dessa är störningar i hushållsarbete, fritid och karriär samt ett minskat socialt nätverk. De subjektiva bördorna är de psykologiska påfrestningar den närstående får av den depressive. De objektiva upplevelserna ökar riskerna för de subjektiva, och för att klara av dessa situationer använder närstående diverse "coping strategier". Mer om detta går att läsa i avsnitt 2.2.

Van der Voort m.fl. (2007) påpekar också på, att närståendes tidigare erfarenheter bör tas i beaktning, och att närstående bör så ofta som möjligt bli hjälpta att möta andra närstående. Även Marshall & Harper-Jaques (2008) pekar på, att yrkesverksamma bör vara öppna med att delge information om sjukdomen i fråga. Båda dessa forskare anser därmed, att man i största möjliga mån, bör inkludera den närstående i diskussionen på hur de (den depressive, den yrkesverksamma och den närstående) kan gå vidare med processen. Viktigt är också, att ge information om vad närstående kan göra under krissituationer.

3.2 Existerande insatser för närstående

Många professionella åtgärder fokuserar fortfarande på just den deprimerade individen, där en rad olika åtgärder som t.ex. medicin, el terapi, psykoterapi, KTB eller gruppterapi kan erbjudas. Marshall & Harper-Jaques (2008) menar dock, att dessa åtgärder endast

hjälp till viss del. De anser istället, att åtgärder som vänder sig till familjen är mer omfattande, samtidigt som det ger mer bestående stöd. Faktum är att familjen troligtvis, vid det laget som den depressive faktiskt söker hjälp, redan har blivit påverkad. Whiffen (i Marshall & Harper-Jaques, 2008) fann bl.a. att när en vuxen person blir deprimerad, finns risken att familjemedlemmar också kommer att uppleva emotionella problem, samt att den depressives negativa inställning och irritation ofta "smittar av sig".

Det finns teorier, som t.ex. systemteori och psykoedukativa åtgärder, som bygger på att se till att familjen eller nätverket får vara med i processen. Millers systemteori antyder att kedjans styrka bestäms av hur stark den svagaste länken är. Relationen mellan individ, grupp och organisation är dynamisk och påverkar därför varandra (Svedberg, 2007). Genom att bearbeta det som finns kring individen, dennes situation och metakommunikationen, så underlättas brukarens tillfrisknande. Detta sätt har, enligt de socionomer jag intervjuat, blivit allt mer populärt bland socionomer. Med psykoedukativa åtgärder menas, att brukaren och deras närstående utbildas, med målet att bättre kunna bemöta symptomen och andra konsekvenser av en psykisk sjukdom och därmed bidrar till en ökad förståelse och problemlösning samtidigt som den minskar risken för återfall. (Allgulander, 2008). Sistnämnda används oftast i samband med schizofreni, men har under senare tid också använts vid vissa former av depression.

Det bör också påpekas, att fastän forskare som Tranvåg & Kristoffersen (2008) håller med om att åtgärder som dessa är högst användbara, så finns det en risk med att försöka få alla familjer att följa samma åtgärd. Istället bör man hitta åtgärder, som passar varje individuell familj. Detta passar teorin om multipel kausalitet, där det anses att det behövs ett reflekterande diskussion för att öppna upp diskussionen om alternativa förklaringsmodeller. En sådan ansats innebär, att man erkänner det sociala livets komplexiteter, och att insatser som görs av såväl socionomer och socialpolitiska reformarbeten inte ska låsa sig med en viss modell (Nygren, 2002). Graycar hade, 15 år innan Tranvåg & Kristoffersen redan kommit fram till samma slutsats, sagt att "olika behov möts bäst av olika stödsystem" (1983, s. 390). Han hävdar vidare, att socionomer därför har möjlighet att spela en avgörande roll, så länge de också har kunskap om användbara informella resurser och tjänster.

Välfärdssystemet fungerar enligt Graycar (1983) alltså bäst när sociala resurser arbetar utifrån professionell backning. I vissa kommuner och städer (t.ex. Lidingö stad, 2011)

finns därför så kallade "anhörigkonsulenter" där den huvudsakliga arbetsuppgiften är att vara en förmedlande länk mellan närstående, kommunen och frivilligorganisationerna. De ansvarar för att bygga upp och utveckla stöd till personer, som vårdar och stödjer närstående i alla åldrar med funktionsnedsättning, där arbetet bl.a. går ut på att uppsöka verksamheter och information. Målet är att ge stöd och råd till närstående både på individ- och gruppnivå samt samverka med frivilligorganisationer i syfte att underlätta för närstående. Som jag nämnde innan, finns detta än så länge, dock endast för dem som innefattas av vården för äldre och personer med funktionsnedsättningar.

3.3 Det informella stödet från intresseorganisationer

Socialt arbete baseras ofta på frågor som frivillig- och intresseorganisationer redan arbetar med, då det framkommit att samhället saknat resurser att stödja grupper, som känner sig uteslutna och nedvärderade. Dessa vägleder och visar vad det finns för behov och har därmed haft en viktig roll i framväxten av dagens sociala arbete (Larsson, 2006). Att familjeinriktade intresseorganisationer fått ökad betydelse på senare tid är därför inte heller helt överraskande, då de också börjat söka stöd och hjälp.

Ett annat sätt att se på det är, att i samband med att kommunikationsmöjligheterna på senare tid har utökats, har också de tillgängliga resurserna utökats. I samband med detta har forskning visat, hur en individs sociala resurser påverkats av de utökade kommunikationsmöjligheterna (Bessi re m.fl., 2008). En av teorierna  r att kommunikationen via internet utökar individers totala sociala resurser genom att lägga till ännu en dimension till dennes vardagliga sociala interaktion och vidga dennes sociala nätverk. En annan, vilket i detta fall också kopplas till den första teorin, är att kommunikationsmöjligheterna möjliggör för individer att delta i s.k. "online grupper" för att kompensera för de otillräckliga officiella resurserna. Det viktiga med nätverksbyggande  r enligt Trevithick (2008), att de stärker förbindelser och anknytningar inom en särskild gemenskap eller ett särskilt geografiskt område. Speciellt viktigt är det, n r det finns risk för, att människor är på väg att bli isolerade.

En hel del forskning har enligt Gage & Kenney (1996) visat på att de faktiska effekterna av intressegrupper på t.ex. fysisk v lmaende och stress inte är avsevärda. Samtidigt säger dessa och andra forskare (Reinares m.fl., 2004), att de *upplevda* utfallen har varit

positiva, vilket tyder på att intressegrupper ändå kan behövas. Speciellt nödvändiga är de för hjälpsökande individer, då de, som söker hjälp utan få det, upplever situationen mer negativt, än de gjort annars (Gage & Kenney, 1996).

Ideella föreningar byggs också väldigt ofta upp på idén om empowerment (Svärd & Starrin, 2006), där de eftersträvar ett sätt att stärka medlemmarna i föreningen. Adams (2003) påpekar också på, hur dessa kan användas som en resurs för dem som behöver det. Poängen är därför att stärka dem som saknar makt, så att de kan återfå en viss grad av självkontroll och samtidigt höja sin egen och andras kunskapsnivå.

4 Teoretiska utgångspunkter

I detta avsnitt presenteras de teoretiska utgångspunkter, som jag använt i uppsatsen. Teorierna är utvalda utifrån det professionella arbetet, den närståendes situation och deras upplevelser.

4.1 Bemötandets etik och Doxa

Socionomens egen grundinställning och attityd påverkar alltid hur brukaren bemöts, vilket har betydelse för vilken vård den depressive får, och vilken inverkan depressionen kommer att ha på den närstående. Detta gör att nyckelord, som respekt, vänlighet, jämlikhet, empati, stöd och uppmuntran, blir viktiga aspekter i bemötandets etik (Blennberger, 2006).

Hur en individ blir bemött, påverkas också av det som Bourdieu kallar för Doxa (i Järvinen, 2002). Doxa är enligt Bourdieu yrkesverksammas uppfattningar om vad som är deras viktigaste funktioner, vem som är deras viktiga samarbetspartner och hur de definierar sina klienter. Dessa förförståelser om vad som är rätt och fel påverkar därefter hur rutinerna följs, och vilka egna regler den yrkesgruppen har. Doxan skapas ofta av historiska tillfälligheter, kompromisser och även av yrkesverksamheten själv vilket betyder att dessa uppfattnings- och värdesystem ofta är felaktiga. I dessa fall finns det risk för det Bourdieu kallar för "docta ignorantia", där doxan i området blir så naturliga, att de yrkesverksamma inte längre ser kritiskt på, hur de själva arbetar.

4.2 Makt(löshet) och empowerment

En asymmetrisk relation uppstår alltid i situationer, som berör mötet mellan brukaren (i detta fall den depressive) och socionomen. Den depressive har dock rättigheter som brukare, vilket inte gäller för den, som är närstående. Detta betyder, att fastän närstående i vissa fall påverkas avsevärt av situationen, har de också minst makt. Att vara den som räknas som frisk och vara den som stödjer den depressive samtidigt som han eller hon har inget att säga till om kan vara svårt och i vissa fall upplevs som hopplöst. Människan har ett stort behov av mening, då mening skapar trygghet. Utan mening känner vi å andra sidan obehag och ångest, då det som sker i vår inre värld inte stämmer överens med den yttre verkligheten och vice versa (Svedberg, 2007).

Idén bakom empowerment går ut på att stärka enskilda individer och grundar i sociala aktivistideologier såsom "hjälp till självhjälp" (Swärd & Starrin, 2006). Empowerment uppfattas av de allra flesta som ett positivt mål att sträva efter för att stärka dem som saknar makt. Adams (2003) beskriver hur empowerment bör vara ett central tema inom all socialt arbete samtidigt som han beskriver, hur självhjälp också blivit en del av vad det betyder att vara "empowered". Ett av sätten, som det sistnämnda kan ske på, är bland annat genom "collective self-advocacy", där en grupp människor representerar sig själva och tillsammans kämpar för en sakfråga. En annan är "common experience", som bygger på att gruppen delar på samma problem eller situation.

Fastän det anses att självhjälp har tillfört mycket positivt, då individer får möjligheten att ta itu med sina problem på ett sätt som en institution hade haft svårt att göra, menar kritiker, att det ökade behovet av självhjälp är ett bevis på en krympande social välfärd. Adams (2003) påpekar därför vikten av, att samhället använder självhjälp som ett komplement till den sociala välfärden, istället för att ersätta den.

4.3 Coping strategier och det sociala stödet

Coping är enligt Svedberg (2007) den medvetna kusinen till de omedvetna försvarsmekanismerna, som det ofta talas om bland psykodynamisk psykologi. Det är strategier vi använder, för att hantera de påfrestningar och krav som livet ger oss. Det finns tre olika varianter av coping: *problemfokuserad*, som är riktad till att hantera den yttre källan till ens stress och obehag, *emotionsfokuserad* riktad mot de känslomässiga upplevelserna av stress och obehag samt *undvikande coping*, som syftar till handlingar

som tillfälligt minskar känslan av stress och obehag (Lazarus & Folkman i Svedberg, 2007). Det finns, som jag tidigare nämnt, ännu inte mycket forskning kring ämnet närstående till depressiva. Van der Voort m.fl. (2007) anser dock att närstående är bl.a. i behov av att veta vart de kan vända sig till vid akuttillstånd, få information samt tala med någon gällande sina känslor och egna iakttagelser. Detta ser jag som aktiva delar av de två första coping strategierna.

Krause & Markides (i MaloneBeach & Zarit, 1995) fann att social konflikt skedde i samband med att det emotionella, instrumentella och informationella stödet var otillräckligt. De beskriver det emotionella stödet, som en aspekt som visar empati, förtroende och tillförsikt. En emotionell konflikt skulle i detta fall därför antyda upplevelsen av att bli förkastad och motarbetad. Det instrumentella stödet byggs på det direkta, påtagliga och verkställande stödet, där konflikt uppstår om denna aspekt upplevs som otillräckligt. Den tredje, informationsbaserade stödet, är åtgärder menade att förebygga stressfulla moment. En informationell konflikt uppstår, när närstående istället upplever informationen som en belastning, eller att informationen blivit tilldelad på olämpligt vis. MaloneBeach & Zarit fann att det instrumentella stödet var mest betydande för närstående till depressiva, och att det räckte med en mindre social konflikt för att skadan ska ske. En informationell konflikt var däremot den starkaste förutsägaren till en återkommande depression.

5 Resultat och analys

För att redovisa och analysera empirin på bästa möjliga sätt har jag valt att inledningsvis presentera intervjupersonerna, och därefter analysera det insamlade empiriska materialet utifrån de intervjuer jag hade med de närstående. Ämneskategorier i detta avsnitt är baserade på den röda tråd, som framkom och förtydligades genom bearbetningen av intervjuerna.

5.1 Presentation av intervjupersoner

De tre socionomerna som intervjuades arbetar alla på en öppenvårdsmottagning och arbetar utifrån den systemteoretiska modellen. Av de som inte är socionomer är den ena, Frida, en författare som skrivit ett flertal böcker gällande just depressiva, upplevelsen av att vara anhörig och mottagandet från yrkesverksamma. Frida har också erfarenhet av att vara närstående, då hon för ca 10 år sedan var sambo i 12 år med en

man, som var depressiv. De andra två är privatpersoner, som helt enkelt ville dela med sig av sina upplevelser. Den ena, som jag kallar för Karin, hade en son som för ca 10 år sedan hängde sig, och den andra, här kallad Mary, är gift med en man som för lite över 10 år sedan blev diagnostiserad med depression.

5.2 Bemötande

Som framkom i avsnitt 4.3 är det en viktig aspekt hur en närstående blir bemött, och hur den närstående upplever situationen kring depressionen.

Frida: Jag skulle inte ha haft några problem med min närståendes sjukdom om inte psykiatrins bemötande var så fullkomligt...

Intervjuaren: Det var det som gjorde att det blev jobbigt alltså.

Frida: Ja, alltså, man skulle kunna säga att det antagligen kunde ha varit svårt ändå, men det olidliga var det här att ingen någonsin lyssnade.

Socionomerna jag talade med beskrev, hur den inledande kontakten ofta skedde via telefon med en närstående, oftast mödrar men ibland också sambon eller äkta makar. I ett fall har det t.o.m. varit en granne. Anledningen till att det är närstående som hör av sig först är enligt dem, att det är de som oftast tar initiativet. Socionomerna på öppenvårdsmottagningen skickar därefter en kallelse till den depressive, där det står, att de gärna får ta med en anhörig eller närstående. Detta är positivt, då det visar på en öppenhet av den grundattityd som Blennberger (2006) eftersöker hos alla socionomer. I detta fall attityden gentemot vilken roll den närstående kan spela i den depressives värld. Detta har också inverkat på de andra yrkeskategorierna på öppenvårdsmottagningen, vilket gör att alla på öppenvårdsmottagningen nu har med tillägget i deras kallelse.

Hur närstående blir bemötta under själva mötet är dock också viktigt. Att för första gången förstå vad som händer är ibland en räddning, men det är samtidigt skrämmande. Mary beskriver t.ex. hur hon, utan några förkunskaper om psykisk sjukdom, märkte att något var fel med hennes man. När hon till slut inte visste vad hon skulle ta sig till, ringde hon en vän som förklarade, att det troligtvis var en psykisk sjukdom. Mary beskriver, hur det var en räddning att höra en förklaring till, varför maken uppträdde som han gjorde, samtidigt som det var väldigt tungt att höra, att detta var en sjukdom. Med tanke på att det var tungt fastän hon fick höra det från en vän, är det viktigt att tänka på,

hur att det första mötet med yrkesverksamma upplevs. Blennberger (2006) beskrev nyckelord som empati, stöd och uppmuntran som viktiga aspekter på hur individer bemöts, aspekter som varken Frida eller Mary upplevde, att den yrkesperson de talade med hade.

När Adam fick sin diagnos, då fick vi liksom... Jag minns det som ett halvtimmessamtal med en läkare som i princip förklarade att "det här är hemskt och det här är obotligt och ni ska inte någonsin tro att du någonsin kommer blir frisk och det här är hela livet". Jag såg ju väldigt tydligt att Adam själv kände den som en dödsdom och jag fattade ingenting. Och sen går man därifrån och är absolut förkrossad och sen hörs det ju ingenting mer. "Nu ska ni tänka på att det här är obotligt, varsågod och gå hem".

- Frida

Första gången som jag var så orolig så frågade jag en vårdare... du vet, det är en väldigt konstig känsla för när man kommer in och hälsar på, det var första gången, genom låsta dörrar. Det var dörr efter dörr. När man kommer ut ur hissen så var det låst. Så öppnar man låset och så träffar man någon. Så sa jag att jag ville veta hur [maken] mår, om han mår bra... 'Men såna människor äter inte, dom bara kladdar'. Jag menar, jag kan inte veta hur det funkar. Inne på avdelningen, hör man ett sånt besked då kan man inte vänta sig att ha någon hopp om någon framtid. Det är så himla nedvärderande och så känner man ju sig otroligt värdelös så man mådde så illa, så illa.

- Mary

Att närstående är kritiska till det stöd de fått är tydligen inget ovanligt, varken enligt de närstående jag intervjuade här eller enligt forskare som Fadden m.fl. (i Dore & Romans, 2001). Över hälften av de Fadden talade med upplevde dessutom att de inte blivit försedda med tillräckligt mycket eller tillräckligt bra information om den depressives svårigheter, orsak eller prognos, vilket stämmer överens med de svar jag fått från intervjudeltagarna.

5.3 Att vara närstående

Sand (2002) beskriver anhängvårdare som personer som "organiserat, eller omorganiserat sina liv utifrån den anhöriges hjälpbehov; många har t.ex. minskat sin arbetstid eller slutat yrkesarbete". Sand talar om betalda anhängvårdare inom äldre och handikappvården, men Reinares m.fl. (2004) fann att vissa depressioner inte bara påverkar den depressive utan också den anhörige, som får genomlida följderna och ofta

antar rollen som en inofficiell anhörigvårdare. Det som Cujiper & Stam (i Van der Voort m.fl., 2007) beskrev som objektivt och subjektivt upplevda bördor är utifrån intervjuerna tydliga. Exempel på dessa är märkbara i nästan alla Marys beskrivningar, men nedan är två exempel på de objektiva bördorna hon upplevde av att bo med en person med depression.

Han säger bara att han inte kan, och sen undviker han tunga jobb liksom. Inte dammsuga, inte tunga arbete... sen började jag fundera. Jag har inga släktingar, bara grannarna. [...] På den tiden då var jag jätteung. Då hade man kraft och energi, då bryr man sig inte mycket för då märker jag att det är lugnt. Med energi klarar man allt. Men sen får man småbarn och så...

Det ska vara tyst, man ska inte ha musik på. Dom (barnen) är så vana med det. Barnen vet att dom timmarna är han här.

- Mary

Även subjektiva bördor kunde särskiljas från intervjuerna vilket Frida ger två exempel av.

Sen när det hade blivit ett återkommande mönster så såg jag väldigt mycket tydligare att det som kunde se trevligt ut, det blev inte så trevligt när man visste hur det, liksom, om en person tar på sig en viss halsduk, då veta att varje gång han tar på sig den halsduken så är han tvångsintagen i sjukhus 6 veckor senare. Då blir det inte så kul även om han är väldigt glad och sällskaplig då i tre-fyra veckor innan det där går helt i överstyr.

Jag kan säga att mani (ett hyperaktivt stadium) var ju väldigt jobbigt att leva med för den anhöriga för eftersom, om en människa blir manisk så kan dom få för sig såna vansinniga saker och göra av med pengar och inleda kärleksaffärer och resor och alla möjliga stora projekt som är väldigt svåra att avstyra och hantera för det är ju omgivningen som får hantera det i slutändan.

- Frida

Diverse litteratur (bl.a. Sand, 2002; Van der Voort m.fl., 2007) visar, att anhörigvårdare ibland upplever att de mötts av oförstående attityder och att den anhöriges problem i vardagssituationer ofta nonchaleras. Van der Voort m.fl. beskrev också påfrestelsen av att inte veta t.ex. vilka beslut som sker, varför det beslutet tas eller vad den medicinen är bra för. Mary fick känna av detta, när hon en dag fick veta att hennes man skulle få elchocker utan att få anledning till beslutet eller information om varför åtgärden skulle

hjälpa. Utan en förklaring på vad elchocker gick ut på tyckte hon bara att det lät skrämmande och blev glad när andra omständigheter gjorde, så att elchockerna inte blev av. Karin är ett annat exempel då hon tycktes tro att hennes son hade mått bättre av en annan vård, en annan medicin. Det verkade som om hon hela tiden sökte mer eller bättre information, som kunde förklara och bota hennes sons depression.

Socionomerna berättade, att det inte fanns informationsblad eller liknande, som den depressive kunde ta med sig hem, eller som den närstående kunde läsa, medan de satt i väntrummet. Det är dock tydligt, att närstående ofta saknar den nödvändiga inblick och information de behöver för att kunna göra vad som förväntas av dom, och att hantera en situation som i slutändan påverkar dem också. Det var tydligt, att de närstående jag intervjuade upplevde, att det behövdes mer stöd från yrkesverksamma.

Jag fick i huvudtaget inget stöd. Jag var så permanent arg att jag liksom... nej, jag fick verkligen inget stöd alls. Vid ett tillfälle när det var ett jätte mani utbrott och han blev hemtransporterad med läkartransport från Frankrike så ville dom släppa ut honom direkt när han kom till Sverige och jag sa "men det går inte, det går inte, det är ingen hemma, han kan tända eld på huset, vad som helst kan hända." Så sa dom: "Du ska inte tro att vården är till för dom anhöriga."

- Frida

5.4 Behovet av att dela sina erfarenheter

Det kan vara svårt att fråga om hjälp från personer, som man upplever inte förstår situationen. Denna situation gör att en pressad situation blir ännu svårare att hantera. Det verkar också ha varit svårt för vissa av deltagarna att se det utifrån sitt eget perspektiv eller utifrån ett närståendeperspektiv utan att fokusera på den depressive. Detta är i för sig inte helt överraskande, då den pressade situationen är en konsekvens av just depressionen. Även i Socialstyrelsens riktlinjer för depression och ångest (2010) är närstående endast en stödgrupp till depressiva. Efter kommentarer som "javisst ja, det handlar om mig" blir det klart att intervjudeltagarna ännu inte har vant sig med att fokusen ligger på dem och inte den depressive.

[Maken] har ett par goda vänner som är hans bästis som har själv åkt till lasaretten och hälsat på honom men mig frågade ingen "Hur mår du? Behöver du hjälp?" Egentligen var det ju jag som behöver mest hjälp. Patienten som ligger inne, han kan ju ändå inte tänka på hur omvärlden ser ut. Ok, han behöver omtanke och lite besök och det är så klart mänskligt med

omtanke, men jag menar hans jobb har ju inte heller frågat... Jo det var en kille som var elev tror jag. Han ringde till mig och frågade mig faktiskt "behöver du hjälp med barnpassningen?"

- Mary

Genom Van der Voorts m.fl. (2007) forskning är det tydligt, att närstående behöver tala med någon om sina egna upplevelser men istället blir nonchalerade. För Frida var det t.ex. förvånande när en yrkesperson faktiskt frågade hur hon som närstående upplevde situationen. Hon beskrev, att hon "bara tänkte 'hjälp, finns det sån här sjukvård?'". Alla intervjudeltagarna tyckte därför, att det var extremt viktigt, att ämnet om närståendestöd framfördes. Inte bara för sig själva, utan också för den depressive skull, och för att sprida kunskap om depressionen, och hur det är att vara närstående. Mary uttryckte det som terapi, medan Karin delade sin historia p.g.a. att hon upplevde att tystnaden kan ha farliga konsekvenser.

Socionomerna, som arbetade utifrån systemteori och utförde familjeterapi, uttryckte frågan om stöd till närstående som en intressant frågeställning, då det passade deras sätt att arbeta.

Alltså, man blir ju arg ändå, på sjukdomen som förändrar livet. Det måste man som anhörig också uttrycka att "jag har rätt att också uttrycka egen ilska och besvikelse på att ens partner har förändrats." Det finns några som har självmedicinerat med låt oss säga alkohol, och då är ofta anhöriga rejält förbannade och uppgivna.

Jag tänker också att anhöriga kan komma tillbaka i ett senare skede efter man träffats, och så bjuder man in den anhöriga igen. Då är det vi som tar kontakten eller som tar initiativet, för att man märker att det skulle vara, det skulle tillföra väldigt mycket att den anhöriga var med. Det tycker [jag] ofta är väldigt positivt.

- Öppenvårdsmottagningen

De beskrev dock också de svårigheter, som kan uppstå i kontakten mellan yrkesverksamma och närstående. Krav på integritet och sekretessen samt deras egen övertygelse om att ett separat möte med närstående inte hade hjälpt situationen, vilket gjorde, att de helst inte träffade den närstående och den depressive separat. Istället erbjuds möjlighet för den närstående att ha en egen kontaktperson. På grund av att, utifrån intervjun med socionomerna, det ändå verkar finnas stöd för närstående, kan det vara verksamhetens Doxa (Bourdieu i Järvinen, 2002) som gör att närstående inte

upplevde att den fanns. Doxa underlättar för yrkespersoner, då de kan säga, att de *måste* följa en rad lagar på ett visst sätt, eller att deras roll *endast* går ut på att arbeta på ett specifikt sätt. Risken är dock, att det kan upplevas som inflexibelt och opraktiskt. Doxan är genomgående i hela analysen, men Frida beskriver den tydligt nedan.

Då hade Adam fått en fantastisk läkare i Dalarna. En läkare som gjorde sitt sista år innan pensioneringen, och såna har jag träffat några till som journalist. Dom struntar väldigt mycket i alla "vi måste göra si, vi måste göra så". Dom går efter något annat, dom går efter sitt sunda förnuft eller vad man nu ska säga.

- Frida

5.5 Integritet, tystnadsplikt och intressekonflikter

Lagböckerna och utbildningen säkerställer att alla yrkesverksamma arbetar utifrån Doxa. Oavsett detta, och oavsett hur frågan är ställd är dock brukarens (i detta fall den depressives) integritet alltid viktig. Utifrån intervjuerna blev det tydligt, att detta ibland kan orsaka intressekonflikter, då det tillsynes ställs motstridiga intressen mot varandra. Både yrkespersoner och närstående vill den depressive väl, men de kan ha olika syn och erfarenheter på hur stödet ska vara formad. Jämför t.ex. nedanstående två citat:

... Men när hon ringer och säger att hennes son har gjort ett självmordsförsök så säger dom "Ja, det kan vi inte ta ifrån dig, han måste ringa in själv"... ja, det är ju liksom, på något sätt i ett nötskal, hur korkat det här funkar. Numer är det så här att i ALL annan sjukvård så har man på ett principiellt plan fattat at det är viktigt med hur familjen mår och hur familjen involverar sig i vården. Det gäller liksom cancervård, diabetesvård, reumatikervård, parkinsonsvård... allt tror jag faktiskt... hjärtinfarkter, rubbet! Allt... förutom psykvård."

- Frida

Ofta är det föräldrar som är bekymrade. Vi vill alltid prata med den unga själv i telefonen, men föräldrar får ju gärna ringa och vi pratar med dom ett tag och så ber vi prata med den unga. Mest för att höra hur pass motiverad, för ibland är det föräldrarna som är lite mer motiverade eller skolkuratorn, eller ja...

- Öppenvårdsmottagningen

Det är här tydligt att båda grupperna, de yrkesverksamma och de närstående, har mycket att lära sig av varandra, för att förstå den problematik de stöter på från var sitt håll, vilket är precis det Dore & Romans (2001) anser. Närstående är dock, oavsett vem man talar med, ofta mer motiverad än den depressive. Detta styrks av Karin, som

berättar, hur hennes initiativ att försöka hjälpa sin son möttes av ointresse både från honom själv och hans flickvän, då de tyckte att hon "hade så många idéer". Att hitta en lösning på situationen kan därför skapa problem, då yrkesverksamma, exempelvis socionomer, anser att de måste arbeta utifrån den depressive.

I Van der Voort m.fl. (2007) går det att läsa, om hur närstående uttrycker ett behov av att veta, hur de kan få tag på stöd oavsett om det är natt eller dag, information om sjukdomen, medicinering och vilka effekter de har, samt kunna tala med någon om sina upplevelser. Många i deras forskning uttryckte också behovet av att inte bli nonchalerade, och att yrkesverksamma borde få upp ögonen för det unika med att tala med *både* den som är närstående och den som är deprimerad. Slutligen vill de ha hjälp med att lära sig läsa av de depressives beteende och om beteendet tillhör sjukdomen eller är en del av personligheten.

Mary: Återfall och sånt, man vet inte när dom kommer. Man säger att 'du kanske hittar på igen'"

Intervjuaren: Du börjar tvivla.

Mary: Ja. Det är ju väldigt dåligt egentligen. Sen är det att man borde kunna undvika det, men hur kan en anhörig veta efter såna händelser? Hur kan jag veta när?"

- Mary

Att sitta som utomstående i en situation som påverkar närstående ökade alltså känslan av oro, men hur de relaterade till de som är närstående varierade mellan de socionomer, som jag intervjuade. En av socionomerna uttryckte, att fastän den depressive är "helig på nåt sätt", så kan de bli mycket bättre i frågan om öppenhet mot närstående. En annan uttryckte att hon hade "svårt att se att det [att möta en anhörig] skulle vara ett generellt problem. Sen är det klart, att vi är alla olika människor. Det är klart att det finns människor som tycker att det är stökigt, om det finns mer än en i rummet. Det vet vi att det finns".

En öppen kommunikation mellan närstående och yrkesverksamma verkar dock vara det som Frida saknade, när hon försökte få hennes sambo inlagd. Hon upplevde, att det hon som närstående hade att säga nonchalerades, i jämförelse med hur de yrkesverksamma upplevde hennes sambo.

Så jag sa, "i så fall så får han gå hem ensam, det här går inte. Varsågod, här har ni nyckeln så får ni sköta om det här" och sen separerade vi och allting gick ju åt helvete. Jag menar, han blir inlagd. När jag går blir han inlagd, men jag kunde inte få honom inlagd om jag bad om det så att säga. Patienter, både maniker och depressiva personer har ju en förmåga att samlas sig och se lite normala ut den där kvarten dom ska sitta där hos doktorn.

- Frida

En av de socionomer som intervjuades undrade, om det kanske är så, att det ställts upp för stora hinder att vara närstående. Den depressives integritet hade i så fall varit ett exempel på ett sådant hinder, som försvårar den närståendes egna liv. En annan punkt, som alla de tre socionomerna är överens om, är att sekretessen nog försvårar samarbetet med närstående. Samtidigt upplever de, att "om vi vet att vi inte fått tillstånd av den sjuke kan vi inte berätta till någon anhörig", och att den lagen är extremt viktig, och inget de skulle vilja ändra på.

5.6 Coping

Av olika anledningar, finns det tydligen kommunikationssvårigheter mellan närstående och yrkespersoner. I samband med att det också visat sig vara ganska tungt att vara närstående är det tydligt, att närstående använt sig av olika coping strategier för att orka med situationen.

Jag måste säga att det är jobbigast för min del (skrattar). När det hände, man tappar den sociala. Man tappar glädje för alltihopa. Vardagen har blivit så tungt och allt det, man undrar om man kommer kunna klara av allting.

- Mary

Även Karin upplevde, att det finns situationer som vem som helst skulle kunna bli tokig av, men som man på något sätt kommer förbi. Jag har i tidigare stycken beskrivit Lazarus & Folkmans (i Svedberg 2007) olika coping strategier och märkt, att alla närstående jag intervjuat, i olika grad, använt sig av alla dessa. Arbetet var t.ex. ett återkommande sätt att klara av situationen. Andra undvikande strategier var att sova och leva i separata utrymmen.

Jag hade inte orkat med det tror jag, att han med så djup depression precis inpå mig precis hela tiden. Det är väldigt, väldigt tungt. [...] Jag klarade av den situationen för att vi levde i var sitt hus. Jag träffade många då i samband med sjukhusbesök som frågade mig hur jag klarade det... alltså inte personalen i allmänhet utan anhöriga eller patienter och jag tycker

inte jag har några bra svar på det. Det var liksom... Jag jobbade väldigt mycket ju... Alltså, jag var tvungen att jobba mycket eftersom att jag var familjeförsörjare. Också en arbetsnarkoman till min läggning. Och det är ju klart om man har någonting väldigt krävande som man bara försvinner i när man skriver en bok så där så slipper man tänka på att sin närmaste är sjuk så att säga. Det hjälper väl mot alla sjukdomar. Man själv tänker på annat.

- Frida

Det blev också tydligt, att den emotionella aspekten påverkades, vilket medförde i andra coping strategier som att antingen agerar utåt, eller bita ihop.

Om man är på fester ska man visa att man är glad och man träffar och pratar med människor och inte att man är i världens nöd och ingen människa kommer och hjälper dig. Det har jag för mig. Varför ska man ordna fester, varför ska man delta i fester, varför ska man ut och så. Allting vara bara struntsak. När du har den som svårast, vem kommer och hjälper? Ingen. Det är bara du själv och din [kärn]familj som står i centrum".

- Mary

Karin, som istället upplevde att alla hon träffat har hjälpt henne på något sätt, berättade återkommande om, att "man vet inte hur människor tänker". Detta passade Svedberg (2007) teori om, att vi alla känner obehag och ångest, när något som kan kännas helt meningslöst faktiskt händer. Det var tydligt, att Karin försökte hitta en mening med vad som skett och uttryckte ofta, att man inte vet hur människor tänker. Det finns också bevis på så kallade emotionellt positiva coping strategier, där man tar lärdom av erfarenheterna.

Man ser framåt. Man ser inte här, men i framtiden som man jobbar för. Som med företag, de satsar på kortsiktigt och långsiktigt! (skrattar)

- Mary

Det var alltså tydligt, att alla använde sig av coping strategier, och att alla behövdes till en viss nivå för att klara av situationen. Wijngaarden m.fl. (2004) fann, att närstående, som inte använde sig av effektiva coping mekanismer eller fick socialt stöd, var också de, som upplevde den största negativa påverkan.

Däremot, den coping strategi som Lazarus & Folkman (i Svedberg 2007) ansåg framkalla minst obehag och mer positiva känslor, var de problembaserade strategierna. Ett sätt att göra detta är enligt dem att acceptera situationen.

Samtidigt tycker jag att det är tur i oturen för att hade vi båda jobbat... Alltså, kommit högre och högre upp... vart ska barnen vara då? Det är ju dom som drabbas. Det måste vara viktigt att se den fördelen med den nackdelen som vi har.

Men det är såna saker, vardagliga saker. Det finns mängder av saker som stannar där ute. Du accepterar att de finns men du mår inte dåligt av det.

- Mary

En problemfokuserad coping strategi, som alla de närstående jag intervjuade delade, var att de sökte information och kunskap, tog kontakt med andra och försökte påverka sin situation.

5.7 Föreningstillhörigheten

För intresseorganisationer har empowerment blivit ett sätt att stärka de närstående. På detta vis kan medlemmarna återfå en viss grad av självkontroll och samtidigt höja sin egen och andras kunskapsnivå. Lambrecht (2009) beskriver empowerment, som en process byggt på deltagande, omsorgsfullhet, och ett erkännande samt engagemang av andra. Detta beskriver även de mål som både LIBRA (LIBRA i Skåne, 2011) och Balans (Föreningen Balans, 2011) hade tagit upp i varsin hemsida. Mary beskriver processen hur hon hamnade hos en av dessa, genom att hon först blivit remitterad till en kurator, då hon hade börjat må dåligt själv.

Jag sa att "egentligen behöver inte jag känna mig ledsen eller orolig. Det finns många andra som är olyckliga i världen, jag är ju verkligen lyckligt lottad. Jag har mat, och barn, och fint ställe att bo på så jag ska inte behöva sitta här och tycka synd eller oroa mig." [Och så sa kuratorn att] "Åh nej, du ska inte säga så, för vad dom andra känner, det är inte vad du känner. Det vad du känner som är viktigast. Alla andra känner inte du. Dom som bor där i Afrika, dom har en annan livsstil. Dom har något annat för sig. Men just nu känner du dig så. Det har du för och prata om dina känslor." Så jag måste kunna tala om för människor att just nu är det inte så bra.

- Mary

Att ha blivit remitterad en egen kontaktperson upplevdes alltså som positivt. Problemet verkade dock vara, att även om det hjälpte den gången, så räckte det inte till i längden, då det stödet endast varade en kort period. P.g.a. detta sökte hon sig vidare till diverse kurser och hamnade hos en av dessa intresseorganisationer som, enligt henne, har räddat henne.

Hos intresseorganisationen fick hon och de andra närstående möjligheten att få mer praktiskt information om depressioner. Samtidigt upplevde de, att föreningens representanter var duktiga på att sprida information till dem, som inte hade erfarenhet i området.

Ja, jag tycker det positivt, och så bjuder dom på dom här föredragen och brukar bjuda in folk att prata. Jag tycker det har varit intressant, faktiskt.

Ja, det skulle nog underlätta lite grand, klart. Det som vi pratar väldigt mycket om nu... när det händer, tycker man att det är en sjukdom, väldigt skamligt. Det kan man inte ta bort från vanliga människors tankar. Det är då det inte framgår olika information, idag så är det lite bättre få då finns det olika föreningar som jobbar på det. Det finns en som heter [struket]. Dom har också på sin sajt att poängtera att man måste sprida och berätta för folk att det är en sjukdom, det är inget skamligt eller personligt. Man får inte nedvärdera så. Jag tror att det är väldigt viktigt att man kommer ut och säger det till folk att sjukdomen är som den är."

- Mary

Det har klarlagts, att närstående blir påverkade av den situation som uppstått kring den depressive. De kan känna sig ledsna, oroade, nonchalerade och hjälplösa. De vill också ha information, och lära sig veta hur situationen på bästa sätt hanteras. På grund av detta har alla de närstående jag intervjuat vänt sig till intresseorganisationer.

De närstående som deltog i intervjun hade läst mycket om depressioner för att forska om vad de som närstående kunde göra, och vad det betydde att vara deprimerad. Det verkar också finnas paradoxala upplevelser på hur informerade närstående känner sig oavsett hur mycket de läser, då en deltagare beskrev, att hon har läst mycket för att sedan säga, att hon inte sökt för att hitta informationen. På det sättet kan nog en intresseorganisation vara väldigt stödjande, då närstående kan släppa det aktiva sökandet för svar och anledningar, samtidigt som de kan känna, att de är uppdaterade, och att de inte är ensamma.

Dom [föreningarna] gör sådan himla bra saker. Upplysningstekniskt förstår du. [...] Man börjar samtalet på en helt annan nivå över huvudtaget. Man behöver liksom inte förklara att allting är ett helvete för det vet dom. Allting är åt helvete för väldigt många närstående blir psykiskt sjuka därför att man får så fruktansvärd lite stöd och oftast får man faktiskt aktivt motstånd från vården.

- Frida

6 Diskussion och egna reflektioner

Problemformuleringen handlade alltså om, att närstående till depressiva hade en egen problematik i relation till depressionen, som jag kände behövde utforskas. Jag ville därmed veta:

- Hur upplevde närstående mottagandet från yrkesverksamma?
- Vad betyder föreningstillhörigheten för den närstående?
- Hur upplever Socionomer som arbetar med depressiva den närståendes roll för depressionen?

Mycket av den tidigare forskning, som jag fann, överenskom med de svar jag fick utifrån intervjuerna. Jag beskrev t.ex. tidigare att de objektiva bördorna ofta stärkte de subjektiva bördorna, vilket stämde överens med intervjuerna. Det blev också tydligt, att en del de upplevda bördorna, kom från själva bemötandet från yrkesverksamma.

Socionomerna själva förstod, att det kunde vara lika jobbigt för den närstående, som för den depressive, att för första gången få veta vad depressionen handlar om. Därefter verkar det dock ske en slags spricka i kommunikationen mellan socionomen och den närstående. Detta verkade resultera i att närstående upplever att de blir nonchalerade, och att situationen är hopplös. Att det sker en spricka i kommunikationen kan bero på mycket, men de huvudsakliga teorierna verkar vara att yrkesverksamma först och främst känner, att de måste beakta den depressives integritet och självbestämmanderätt, samt att de har tystnadsplikt. Denna intressekonflikt verkar också vara anledningen till, varför närstående slutligen vänder sig till intresseföreningar som LIBRA i Skåne och Föreningen Balans. Hos dessa upplevde de närstående, att de fick det emotionella och informationella stöd de behövde, och som de upplevde att de saknade från yrkesverksamma.

6.1 Slutsats och reflektion

Det är tydligt att närstående har egna behov. De vill ha möjlighet att påverka samt vara delaktig i läkandeprocessen. Detta anser jag är naturligt, då deras eget liv påverkas av depressionen. Det är dock problematiskt, när den depressive är den primära brukaren, vilket betyder att yrkesverksamma i första hand beaktar den depressive. Detta skapar en tydlig intressekonflikt, då den anhörige, som sekundär brukare, endast får vara med

och påverka, så länge den depressive vill det. Blennberger (2006) talade om nyckelord som acceptans, inge hopp, information, etc. Nyckelorden är alla viktiga punkter, som kan förebygga att närstående upplever att kommunikationen mellan socionomen och de själva krackelerar. Det verkar också finnas utrymme att reflektera över, hur dessa nyckelord kan innefatta även de, som indirekt påverkas av depressionen. Kanske lättare åtgärder som informationsblad och liknande hade varit en bra början.

Med tanke på att den medicinska avdelningen ofta är till för att bota en sjukdom, är det förståeligt att deras fokus ligger på just den depressive, istället för den som är närstående. Socionomerna, som ofta agerar spindeln i nätet och ser till att de olika faktorerna i den depressives liv samstämmer, har å andra sidan möjlighet att arbeta utifrån ett mer mångfacetterat arbetssätt. Detta visas också av att de socionomer jag talade med reflekterade över, hur de var först med att erbjuda den depressive möjligheten att ta med en närstående. Tidigare i uppsatsen citerade jag Graycar med att "olika behov möts bäst av olika stödsystem" (1983, s. 390), vilket jag instämmer med. Det finns redan läkare, psykologer och sjuksköterskor som kan hjälpa den depressive på ett individuellt plan. I likhet med Graycar tycker jag därför att även socionomer bör använda sig av sin roll som stödperson, vilket kan spela en avgörande roll i bemötandet av depressiva och deras närstående. Intresseorganisationer har, som jag nämnde innan, möjligheten att erbjuda det informationella och emotionella stödet, men det instrumentella stödet verkar saknas. Jag ser det därför som positivt, att det nu finns positioner inom det sociala arbetet (t.ex. anhörigkonsulent), som gynnar alla parter. Det hade dock varit bra, om arbetet kunde omfatta mer än endast äldre och personer med funktionsnedsättningar.

Adams (2003) påpekar, att det finns en styrka i att samhället och intresseorganisationerna samarbetar. Utifrån intervjuerna och den forskning jag läst verkar socionomer uppleva att de måste välja mellan den primära brukarens rättigheter eller att vara ett stöd till närstående. Det kan nog vara bra för socionomer att reflektera över om detta faktiskt är fallet eller om det är yrkets Doxa, då socionomer fortfarande har möjlighet att samla kunskap om olika informella resurser och tjänster, som de närstående kan ta del av, utan att den depressive förlorar sin roll som den primära brukaren. Möjligheterna finns, men det borde förtydligas, både för närstående och socionomer, vilka valmöjligheter en närstående faktiskt har.

Referenser

- Adams, R. (2003) *Social Work and Empowerment*. Basingstoke: Palgrave Macmillan
- Allgulander, C. (2008) *Introduktion till Klinisk Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur
- Bessi re, K., Kiesler, S., Kraut, R. & Boneva, B. S. (2008) Effects of Internet Use and Social Resources on Changes in Depression. *Information, Communication & Society*. Vol. 11, Nr. 1, s. 47-70
- Blennberger, E. (2006) "Etik för socialt arbete". I Meeuwisse, A., Sunesson, S. & Swärd, H. (red.) *Socialt arbete – En grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur
- Cohen, A. M., Hammen, C., Henry, R. M. & Shannon, E. D. (2004) Effects of stress and social support on recurrence in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 83, s. 143-147
- Dore, G. & Romans, S. E. (2001) Impact of bipolar affective disorder on family and partners. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 67, s. 147-158
- Föreningen Balans (2011) "Om Balans" Föreningen Balans officiella hemsida <<http://www.foreningenbalans.nu/OmBalans.htm>> [Hämtad 2011-04-28]
- Gage, M. J. & Kinney, J. M. (1996) They Aren't for Everyone: The Impact of Support Group Participation on Caregivers Well-Being. *Clinical Gerontologist*, Vol. 16, Nr. 2, s. 21-34
- Graycar, A. (1983) Informal, Voluntary and Statutory Services: the complex relationship. *The British Journal of Social Work*. Vol. 13, s. 379-393
- Grosse, I. (2009) "Welfare Services to Promote Social Cohesion: Are NGO's a Solution?". I Henning, C. & Renblad, K. (red.) *Perspectives on Empowerment, Social Cohesion and Democracy – And International Anthology*. J nk ping: School of Health Sciences
- Jorm, A. F., Christensen, H., Medway, J., Korten, A. E., Jacomb, P. A. & Rodgers, B. (2000) Public belief systems about the helpfulness of interventions for depression: associations with history of depression and professional help-seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Vol. 35, s. 211-219

- Järvinen, M. (2002) "Hjälpens universum – ett maktperspektiv på mötet mellan klient och system". I Meeuwisse, A. & Swärd, H. (red.) *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och Kultur
- Lambrecht, L. (2009) "On the Need for and Importance of Empowerment to Strengthen Democracy". I Henning, C. & Renblad, K. (red.) *Perspectives on Empowerment, Social Cohesion and Democracy – And International Anthology*. Jönköping: School of Health Sciences
- Larsson, S. (2006) "Det sociala arbetets intresseorganisationer". I Meeuwisse, A., Sunesson, S. & Swärd, H. (red.) *Socialt arbete – En grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur
- LIBRA i Skåne (2011) "Varför behövs LIBRA i Skåne?" Patientföreningen LIBRA i Lund's officiella hemsida <<http://www.libraiskane.se/20859610>> [Hämtad 2011-04-28]
- Lidingö Stad (2011) "Anhörigkonsulenter" Hemsida för Lidingö Stad <<http://www.lidingo.se/jagar/senior/anhorig/anhorigkonsulent.4.6b7ae179121cea68c778000218.html>> [Hämtad 2011-06-01]
- MaloneBeach, E. E. & Zarit, S. H. (1995) Dimensions of Social Support and Social Conflict as Predictors of Caregiver Depression. *International Psychogeriatrics*. Vol. 7, Nr. 1, s. 25-38
- Marshall, A. J. & Harper-Jaques, S. (2008) Depression and Family Relationships – Ideas for Healing. *Journal of Family Nursing*. Vol. 14, Nr. 1, s. 56-73
- Nygren, L. (2002) "Strukturella förklaringar till sociala problem". I Meeuwisse, A. & Swärd H. (red.): *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och Kultur
- Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martinez-Arán, A., Torrent, C., Comes, M., Goikolea, J.M., Benabarre, A. & Sánchez-Moreno, J. (2004) Impact of Psychoeducational Family Intervention on Caregivers of Stabilized Bipolar Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*. Vol. 73, s. 312-319
- Sand, A-B, M. (2002) *Anhörigvård – Arbete, ansvar, kärlek, försörjning*. Lund: Studentlitteratur

- Schjødt, B. & Egeland T. A. (1989) *Från systemteori till familjeterapi*. Lund: Studentlitteratur
- Socialstyrelsen (2010) Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 <<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-4>> [Hämtad 2011-04-15]
- Socialtjänstlagen, (2001) Lagen.nu <<https://lagen.nu/2001:453>> [Hämtad 2011-05-15]
- Stjernswärd, S. & Östman, M. (2008) Whose Life am I Living? Relatives Living in the Shadows of Depression. *International Journal of Social Psychiatry*. Vol. 54, Nr. 4, s. 358-369
- Svedberg, L. (2007) *Gruppsykologi – Om grupper, organisationer och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur
- Swärd, H. & Starrin, B. (2006) "Makt och socialt arbete". I Meeuwisse, A., Sunesson, S. & Swärd, H. (red.) *Socialt arbete – En grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur
- Tranvåg, O. & Kristoffersen, K. (2008) Experience of being the spouse/cohabitant of a person with bipolar affective disorder: a cumulative process over time. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 22, s. 5-18
- Trevithik, P. (2008) *Socialt arbete – teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur
- Trost, J (2004) *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur
- Van der Voort, T. Y. G., Goossens, P. J. J. & Van Der Bijl, J. J. (2007) Burden, coping and needs for support of caregivers for patients with bipolar disorder: a systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol. 14, s. 679-687
- van Wijngaarden, B., Schene, A. H. & Koeter, M. W. J. (2004) Family caregiving in depression: impact on caregivers' daily life, distress and help seeking. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 81, s. 211-222
- Vetenskapsrådet (2011) "Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning" Vetenskapsrådets officiella hemsida <www.codex.vr.se/texts/HSEFR.pdf> [Hämtad 2011-06-01]

Bilaga 1 – Introduktionsbrev

Hej (*namn*),

Tack så mycket för att du har ställt upp på denna intervju! Intervjun kommer att användas till min C-uppsats som handlar om upplevelserna hos närstående till personer med depression. Som överenskommet träffas vi (*plats*) kl. (*tid*) och intervjun kommer att ta ca 1h.

Om du har några frågor kan du höra av dig till mig på antingen tlf: 0735 58 87 24 eller e-mail: maina@bjoben.com

Mvh

Maina Skarner

Bilaga 2 – Intervjufrågor till närstående

Huvudfrågor:

- När blev din närstående diagnostiserad med depression?
- Beskriv relationen med den med depressionen. Nya rutiner om ni har sådana.
- Upplever du att du fått stöd, hjälp eller information för att underlätta situationen?
- Upplever du att du behövt någon slags stöd, hjälp eller information för att underlätta situationen?
- Hur upplever du att relationen har påverkats av depressionen?
- Har du oron som närstående?
- Jag har läst lite om hur närstående bildar så kallade "coping strategies" där man har speciell strategi eller sätt att klara av situationer när de känns lite eller väldigt överväldigande. Upplever du att du har några "coping strategies"? Vilka är dom?
- Finns det något mer du vill tillägga innan vi avslutar?
- Subfrågor:
 - Upplever du att depressionen har påverkat din attityd till dem som inte känner till om din närståendes depression gentemot de som inte känner till om den?
 - Upplever du att depressionen har påverkat dig också? (På vilket sätt?)
 - Upplever du att din närståendes depression har påverkat dina möjligheter att följa dina egna intressen och aktiviteter?

Bilaga 3 – Intervjufrågor till socionomerna:

- Märker du någon skillnad på familjer som har goda så kallade "coping strategier" och de som inte har det?
- Verkar det finnas ett intresse från närstående att de också behöver lite stöd?
- Hur ser verksamheten ut?
- Vad har ni för rutiner med närstående som känner att de också behöver stöd?