



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

Att våga ta steget ur psykisk ohälsa

En kvalitativ studie om processen att söka psykiatrisk vård

Agnes Eriksson & Angelica Karlsson

Kandidatuppsats (SOPA 63)

VT 2016

Handledare: Anneli Nielsen

Abstract

Authors: Agnes Eriksson and Angelica Karlsson

Title: “To have the courage to leave mental illness behind – A qualitative study about the mental help-seeking process”

Supervisor: Anneli Nielsen

Assessor: Anders Östnäs

Mental illness is a growing social problem that has to be understood in order to counteract it. People with mental illness often need some kind of treatment to deal with their problems and finding this treatment is an important part of the rehabilitation process. This process is not always easy and sometime it leads to the person not getting help at all. In this analysis we discuss different ways to get in touch with mental health care, the feelings involved and the individual needs of the care seekers. On this basis we examine the need of alternative ways to simplify the help seeking process. For this analysis we conducted a qualitative study where we interviewed six individuals in the ages 20-40 years old that at some point have been in contact with mental health care. Questions were asked regarding their help-seeking process and their view on a desirable help-seeking process. In our analysis we used a social constructionism perspective together with Goffman’s theories about stigma and roleplay to interpret our material. The results indicate an overall displeasure regarding the help-seeking process, mostly because people’s needs were not met. There is a concern about our current care-system, largely due to a stigmatization of mental illness. The practical aspect of the help-seeking process can be problematic since mental illness creates limitations. There is a general wish that the mental care process would be quicker and offer more continuity. The care-system need to be more easily available to the people who need it, and one possible solution could be the Internet.

Keywords: Mental illness, help-seeking process, adults, Internet

Nyckelord: Psykisk ohälsa, hjälpsökande processen, vuxna, Internet

Förord

Inledningsvis vill vi tacka de respondenter som har deltagit i intervjuer och därmed bidragit till att undersökningen har kunnat genomföras. Tack för att ni varit öppna om era erfarenheter och delat er unika process mot vården.

Vidare vill vi tacka vår handledare Anneli Nielsen som har kommit med konstruktiv kritik och motiverat oss. Särskilt har vi uppskattat din hjälp med korrekturläsning och de tips du gett oss om hur vi ska tänka när vi skriver vetenskapligt.

Avslutningsvis vill vi ge varandra ett stort tack och applåder i mängder. Utan varandra hade skrivandet varit ett tufft moment. Vi har alltid stöttat varandra och när den ena har känt för att ge upp har den andre stått stark och motiverad bredvid. Tack och lov har vi kompletterat varandra bra.

Agnes Eriksson & Angelica Karlsson

Lund, Maj 2016

Innehållsförteckning

1. Problemformulering	6
Syfte	7
Frågeställningar	7
2. Bakgrund	7
Psykisk ohälsa	8
Processen mot ett hjälpsökande	8
Fontänhuset	9
3. Metod	9
Metodmässiga överväganden	9
Urval och tillvägagångssätt	10
<i>Presentation av respondenter</i>	12
Metodens förtjänster och begränsningar	12
Metodens tillförlitlighet.....	13
Bearbetning och analys av data.....	14
Etiska överväganden	15
Arbetsfördelning.....	15
4. Tidigare forskning	16
Litteratursökning	16
Forskning av psykisk ohälsa	17
Faktorer som spelar in	18
Forskning om stigma	19
Forskning om sociala nätverk	20
Forskning om bemötande	21
Forskning om behandling.....	21
5. Teori	23
Socialkonstruktivism.....	23
Goffman	25
<i>Stigma</i>	25
<i>Rollteori</i>	26

6. Resultat och analys	27
Känslor i hjälpsökande processen	28
<i>Inför hjälpsökandet</i>	29
<i>Efter vårdkontakten</i>	30
<i>Hur respondenterna ser på processen idag</i>	32
Behov under processen.....	33
<i>Det praktiska hjälpsökandet</i>	35
Omgivningens bemötande av psykisk ohälsa	38
Fontänhusets roll	42
7. Avslutande diskussion	44
Referenser	47
Bilagor	50
Bilaga 1 - Informationsbrev	50
Bilaga 2 - Intervjuguide.....	51

1. Problemformulering

Långa väntetider inom hälso-sjukvård samt bristande resurser gör att du som hjälpsökande inte får den snabba vård och hjälp som krävs vid psykisk ohälsa (Socialstyrelsen 2013b:51f.). Samtidigt som de bristande resurserna är ett faktum ökar den psykiska ohälsan i samhället. Enligt en rapport från Socialstyrelsen (2013a:9) framkommer det att från 1987 till 2011 har den psykiska ohälsan ökat från 450 till 900 för kvinnor samt från 470 till 770 bland män per 100 000:e invånare. Bland kvinnor lider 1 av 10 av oro eller ångest och 1 av 30 bland män i åldern 16-24 (Folkhälsomyndigheten 2014:67). Det är oroväckande siffror som visar ett behov av åtgärder. För att komma ur den psykiska ohälsan behöver individen många gånger komma i kontakt med vård för att få hjälp. Upplevelsen i början av en vårdkontakt och att söka vård är ofta avgörande för hur resterande hjälp och vägledning mot ett bättre välbefinnande utvecklas (Eklund, 2003:10). Vikten av vården är konstaterad men samtidigt visar en svensk studie av Forsell och Hanson (2001) att endast 60 % av de som angett att de mått psykiskt dåligt har varit i kontakt med vården. Den som har psykisk ohälsa behöver ta ett avgörande steg med att söka hjälp när personen redan befinner sig i en utsatt situation. På grund av den utsatta positionen kan det vara svårt att ta steget att uppsöka vård och mörkertalet för de som skulle behöva vård kan vara stort. Steget till att söka hjälp kan vara svårt och det är relevant att undersöka om det finns andra sätt som kan underlätta en första kontakt eller ett komplement till vården överlag.

Fontänhuset är en ideell organisation som riktar sig till människor med psykisk ohälsa för att ge dem en meningsfull vardag och att känna gemenskap. Fontänhuset upplevs som ett komplement i en rehabilitering som vården idag har svårt att bidra till. Eftersom det finns andra komplement i hjälpsökandet undrar vi om allt måste gå via telefonkontakt eller besök via vårdcentralen? Idag äger de flesta en smartphone som alltid är uppkopplad till Internet, därför skulle det kunna vara ett alternativt sätt. Internet är ett redskap som redan används inom vården. Frågan är hur välkänt och utbrett det är och vilken inställning de hjälpsökande har till Internet eller alternativa sätt att ta kontakt med vården. Användningen av Internet ökar markant. År 2011 använde 69 % av befolkningen Internet dagligen jämfört med 2003 då det endast var 25 %. Bland 12-44 åringar använder 9 av 10 Internet dagligen där det huvudsakliga syftet är att söka information och hitta material (Findahl 2011:8).

Processen att söka vård är grundläggande för socialt arbete. Vikten av det resterande arbetet i en behandlingsprocess bygger på hur en första kontakt skapas och uppfattas av klienten (Rickwood, Deane & Wilson 2007:37). Som socialarbetare behöver du kunna förstå de behov som finns och hur du bör bemöta målgruppen. Det är därför relevant att undersöka erfarenheter och inställningar till kontakt med den vård som finns. För undersökningen kommer Fontänhuset huvudsakligen att användas för att få kontakt med respondenter.

Syfte

Syftet är att beskriva och analysera processen för hjälpsökandet vid psykisk ohälsa i gruppen vuxna 20-40 år.

Frågeställningar

- Vilka är erfarenheterna av att söka psykiatrisk vård i gruppen vuxna 20-40år?
- Vilka behov finns i hjälpsökandet vid psykisk ohälsa enligt målgruppen?
- Vilket bemötande har vuxna 20-40 år upplevt från omgivningen och i kontakt med psykiatrisk vård?
- Finns det behov av andra sätt eller komplement för att ta kontakt med vården för vuxna i åldern 20-40?

2. Bakgrund

Idén till undersökningen kommer ur kombinationen av egna samt andras upplevelser och erfarenheter av kontakt med psykiatrin. Långa väntetider och känslan av hopplöshet kan bli en konsekvens av väntan. Trots problematiken som väntetiderna skapar drar Region Skåne in resurser till psykiatrin på grund av ekonomiska skäl. En artikel i Sydsvenskan skriver om hur väntetiderna inom psykiatrin förlängs för att minska kostnaderna för Region Skåne. Vid beslutet av förändringen finns det en medvetenhet om att förutsättningarna för patienterna försämras.

Jag förstår att detta kan vara svårt för enskilda patienter. (Sydsvenskan 2016)

Med det som grund är vi intresserade av att söka efter möjliga lösningar till de erfarenheter

som respondenterna har. Innan vi presenterar undersökningsområdet behöver vi definiera begrepp som kommer att användas i uppsatsen.

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett begrepp som kan omfatta mycket och variera beroende på vilket sammanhang en befinner sig i. Vi har utgått från hur Socialstyrelsen (2013a) definierar psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. I undersökningen behandlas det under ett begrepp, psykisk ohälsa.

Det kan inkludera allt från självrapporterade besvär av oro eller nedstämdhet, som är mer eller mindre plågsamma, till psykiska sjukdomar som schizofreni eller depression. (Socialstyrelsen 2013a:8)

Socialstyrelsen beskriver att psykisk ohälsa kan påverka vardagslivet negativt och skapa svårigheter med att klara av vardagssysslor. Det kan vara ett övergående stadie, vilket betyder att en inte har någon psykisk sjukdom som kräver behandling. En psykisk sjukdom blir definitiv när vården kan diagnostisera de psykiska besvären. Personer med en psykisk sjukdom kan ha funktionsnedsättningar vilket kräver behandling och eventuellt ytterligare stöd från kommunen för att klara av vardagen.

Psykisk ohälsa kan alltså betyda både lindriga psykiska besvär och mer allvarligare former av psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning. (Socialstyrelsen 2013a:8)

Processen mot ett hjälpsökande

Hjälpsökandeprocessen ser väldigt olika ut från individ till individ. 1177.se är en hemsida som används som vägledning för att hitta rätt inom sjukvården. De beskriver hjälpsökandet genom att uppge att det kan räcka med att berätta för en närstående om sitt mående. Individen kan också ringa till en jourtelefon som anonym. Om inte det är tillräckligt kan individen kontakta en vårdcentral för att få tid hos en läkare. Läkaren kan skriva en remiss till en psykiater eller psykolog för vidare behandling. Vid mer akuta besvär ska en söka sig till en psykiatrisk akutmottagning eller ringa 112 (Region Skåne 2015).

I vår undersökning syftar vi till en bredare beskrivning av den hjälpsökandeprocessen än den 1177.se uppger. Vi vill undersöka processen från att individen eller dess omgivning kommer till insikt om den psykiska ohälsan. Processen avslutas när individen har fått en kontakt inom psykiatrin. I materialet ser vi att processen mot att få hjälp för psykisk ohälsa är väldigt olika. Våra respondenter ser på processen annorlunda vilket kommer att presenteras längre fram.

Fontänhuset

The Fountain House är ett projekt som startade i New York år 1948. Grundarna startade projektet för att människor med psykisk ohälsa skulle kunna vara aktiva i sin egen och andras rehabilitering. Idag finns konceptet i 34 länder med 300 Fontänhus världen över, varav 12 av dessa är i Sverige. Organisationen riktar sig till människor med psykisk ohälsa från 18 år. Fontänhuset erbjuder aktiviteter som är anpassade för att upplevas som positiva i en rehabilitering. Det är också en miljö där en kan umgås och engagera sig de projekt som finns (Fountain House 2015).

3. Metod

Metodmässiga överväganden

Undersökningen utgår från en kvalitativ metod där intervjuer har gjorts för att samla in empirin. Att välja intervju som metod skapar utrymme för respondenterna att vara personliga och möjlighet till att uttrycka sig fritt (Bryman 2013:368). Då vi ville undersöka känslor och tankar som uppkommer under processen samt respondentens egen tolkning av det skede vi undersökt var det av vikt att ge den intervjuade spelrum (Bryman 2013:415). Vid användning av en kvantitativ undersökning skulle det falla bort eftersom en kvantitativ metod strävar efter kvantifiering av numerisk data (Bryman 2013:150). Undersökningen har utgått från ett induktivt angreppssätt. Genom angreppssättet försöker en utifrån det insamlade materialet förklara och analysera för att skapa generella slutsatser. Till skillnad från deduktiv angreppssätt där en utgår från en eller flera hypoteser som bevisas och förklaras genom att empirin testas med hypoteser (Svensson 2011:192). För att skapa möjlighet för respondenten att återberätta så verkligt som möjligt användes semistrukturerade intervjuer för att samla in empiri (Bryman 2013:416).

Urval och tillvägagångssätt

Vid en kvalitativ undersökning finns det inte lika noggranna regler över hur urvalet ska gå till. Det är dock viktigt att vara medveten om att valet kan påverka resultatet av undersökningen (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2011:40ff.). Ökningen av Internet i målgruppen 12-44 är ett skäl till att avgränsningen i vår undersökningsgrupp är 20-40 år. Målgruppen är den målgrupp som digitaliseras snabbast (Findahl 2011). De internationella undersökningar som gjorts riktar sig till åldersgruppen 15-25 år. Anledningen till att vi valt en äldre målgrupp är för att personer under 18 år inte söker hjälp själva utan processen går genom föräldrarna då personen inte är myndig.

För att kunna besvara frågeställningarna riktade vi oss till personer som har erfarenhet av vården sen något/några år tillbaka. För undersökningen användes ett målinriktat urval för att hitta respondenter som var av relevans för undersökningsfrågorna (Bryman 2013:392). Fontänhuset är utgångspunkten för att nå ut till möjliga respondenter som har erfarenhet av den psykiska vården då ett antagande var att de haft någon form av vårdkontakt. Våra respondenter har alla haft någon form av vårdkontakt för sin psykiska ohälsa. Första tanken var att rikta oss till målgruppen 20-25 år. Efter att ha sökt respondenter i målgruppen upptäckte vi svårigheten i att få de antal respondenter vi behövde. Vi beslutade oss för att bredda målgruppen till 20-40 år för att genomförandet av studien skulle vara möjlig. Vi har uppmärksammat att det saknas kunskap om en äldre målgrupps erfarenheter av hjälpsökandet för psykisk ohälsa. Att vi riktade oss mot en äldre målgrupp till slut var därför av stort intresse och relevans. Vi har intervjuat 6 personer i åldern 20-40 där varje intervju var mellan 40-50 minuter.

Vi kontaktade Malmö och Lunds Fontänhus och fick närvara vid ett klubbmöte på respektive ställe. Vi redogjorde för undersökningen och att vi önskade få personer som ville delge sina erfarenheter i en intervju. Därefter började intervjuerna löpande allt eftersom anmälningarna kom in. Det visade sig att intresset för att delta i studien inte var så stort som vi hade förhoppningar om. Samtidigt var majoriteten av medlemmarna på fontänhuset äldre än den tänkta målgruppen. På grund av åldersaspekten samt tidsbrist valde vi att söka efter studenter på socialhögskolan. Samma informationsbrev som gavs ut till respondenterna på Fontänhuset sattes upp vid två anslagstavlor på socialhögskolan. Därigenom fick vi mejl från två som var intresserade av att delta i studien och en av dessa valdes ut till att medverka. Vi är medvetna

om att det kan påverka resultatet eftersom respondenten befinner sig i en annan kontext men vi anser att det bidrar till en ökad förståelse för undersökningsområdet att ha en till respondent. Målet av studien är inte att göra en kartläggning av hur hjälpsökandet ser ut på Fontänhuset utan hur hjälpsökandet generellt ser ut bland människor med psykisk ohälsa. Vi anser att det antingen kan bekräfta saker från de andra respondenterna eller föra in en spännande aspekt om svaren skiljer sig åt.

Varje respondent fick i förväg ett informationsbrev (se bilaga 1) samt muntlig information innan intervjun för att säkerställa att respondenten tagit del av informationen. Innan första intervjun provintervjuade vi varandra och höll en testintervju. Syftet med det var att utvärdera och undersöka om intervjuguiden skulle hjälpa till att besvara frågeställningarna. Efter testintervju ändrade vi i intervjuguiden utifrån om frågorna matchade våra forskningsfrågor. Frågor som var svåra att förstå ändrades och frågorna om hur första kontakten påverkat resterande behandling utvecklades. Intervjuguiden har fungerat som utgångspunkt under intervjuerna men frågorna formulerades och ställdes i varierande ordning beroende på svaren respondenterna gav under respektive intervju.

Vid antal respondenter menar Eriksson-Zetterquist & Ahrne (2011:44) att det behövs mellan sex och åtta respondenter vid intervjuer för att få en bred bild av den fråga som är tänkt att undersökas. Antalet är nödvändigt för att få ett förhållandevis oberoende underlag av individernas enskilda tolkningar. Genom intervjuer nås fler detaljer och ett större omfång av empiri med färre antal respondenter till skillnad från en kvantitativ studie. I en kvantitativ studie krävs det fler respondenter eftersom statistiska generaliseringar ska undersökas (Bryman 2013).

För att minska maktobalansen var vi bara en intervjuare vid intervjun (Ahrne & Svensson 2011). Genom att intervjua separat så minskar risken för att respondenten påverkas av gruppdynamik. Efter individens egen önskan hölls intervjuerna på respektive Fontänhus för att respondenten skulle befinna sig i en trygg miljö. Respondenterna signerade en samtyckesblankett där de godkände medverkan i undersökningen, att vi spelade in materialet och att vi använder oss av deras svar i uppsatsen.

Vi anser att vi kunde få svar på frågeställningarna och syftet utan att behöva ta del av respondentens sjukdomstillstånd och bakomliggande problematik till den psykiska ohälsan

varför det har utelämnats. Efter varje intervju har vi frågat respondenten om det har känts bra för att försäkra oss om att respondenten inte mått dåligt efter intervjun. Genom att vi befunnit oss i respondentens vardagliga miljö har hen befunnit sig i en trygg miljö och varit omgiven av andra människor efter att intervjun avslutats vilket skapat trygghet för respondenten.

Presentation av respondenter

Vi har strävat efter att få respondenter med en jämn könsfördelning och i olika åldrar. Respondenterna fördelar sig jämt mellan könen och är mellan 22 och 38 år. Respondenterna som deltagit i undersökningen från Fontänhuset är Martina 25 år, Gustav 38 år, Louise 27 år, Magdalena 30 år, Ove 37 år och Julius 22 år är från Socialhögskolan. Respondenternas vårdereferenser skiljer sig mycket från varandra. Martina och Oves erfarenheter liknar varandra med inläggningar inom psykiatri. Gustav har i sitt hjälpsökande varit inom slutenvården ett par gånger. Både Magdalena och Louise har haft kontakt med psykiatri från ung ålder med läkar- och psykologkontakt. Julius tog första kontakten i vuxen ålder och var nöjd efter den första psykologbehandlingen. Det finns en stor variation mellan hur långt tillbaka första vårdkontakten togs och vart respondenten befinner sig i dag i förhållande till vården. Processen med att söka vård har börjat på olika sätt, allt från att en förälder har påbörjat vårdkontakten till att respondenten själv sökt sig direkt till psykiatriakuten. Några av respondenterna har varit öppna om den problematik som gjort att personen har varit i kontakt med vården och hur det har påverkat dem. Den bakomliggande problematiken till psykisk ohälsa är inte nödvändig för att besvara frågeställningarna och därför presenteras den inte.

Metodens förtjänster och begränsningar

Det finns för- och nackdelar med valet av en kvalitativ metod. Med en kvalitativ metod finns det risk för att resultaten påverkas och speglas av egna föreställningar om vad som är viktigt och avgörande i de svar respondenten ger (Bryman 2013:368). Användandet av semistrukturerade intervjuer gör att det finns en risk att styra intervjun och resultatet utifrån egna fantasier och associationer. Som intervjuare finns det en risk att begränsa och påverka intervjuerna utifrån egna uppfattningar och fantasier. Vid intervjutillfällena har vi strävat mot objektiva tolkningar. Att använda intervjuer för att samla in empiri handlar inte bara om insamlandet av materialet. En intervju är ett socialt samspel mellan två individer och dess anpassningsförmåga till sociala normer. Det finns alltså en risk att intervjun blir ett rollspel vilket kan påverka respondentens svar och intervjuarens frågor (Alvehus 2014:84)

Det är av vikt att vara medveten om den maktobalans som finns i en relation mellan intervjuaren och intervjupersonen. Personen som blir intervjuad kan skapa en identitet utifrån intervjuaren samt att den makt som intervjuaren har i en intervju gör att intervjupersonen lätt anpassar sig (Kalmar 2012:74f.). Medvetenhet om denna maktobalans är extra viktigt eftersom vi vänt oss till en målgrupp som redan kan ha upplevt en maktobalans gentemot vården och vi vill inte skapa en sådan känsla i våra intervjuer. För att minska denna obalans har vi valt att intervju individellt för att intervjupersonen inte ska känna sig lika utsatt.

Med en kvalitativ metod kan det vara svårt som intervjuare att hålla sig objektiv till informationen som samlas in och de metoder som används. Bryman (2013:368) menar att resultaten av själva undersökningen blir mer subjektiva eftersom intervjuaren själv är redskapet för att samla in information och tolka den. Fördelen med att använda sig av en kvalitativ metod är att en djupare kunskap och förståelse för tankar, känslor och upplevelser som är kopplade till att söka vård. Något som inte skulle vara möjligt i en kvantitativ undersökning (Bryman 2013:171). Genom att använda oss av intervjuer har möjligheten till att ställa följdfrågor funnits för att få en djupare förståelse för respondenternas svar och få utförligare förklaringar än vad vi skulle fått vid en kvantitativ undersökning. Fördelen med att använda sig av semistrukturerade intervjuer är att respondenten har möjlighet att uttrycka sig fritt. Samtidigt har vi hjälp av tydliga utgångspunkter under intervjun och kan säkerställa att materialet bidrar till att besvara frågeställningarna.

Metodens tillförlitlighet

Det är viktigt att kunna visa en studies validitet, reliabilitet och trovärdighet. Validitet innebär att undersökningen verkligen mäter det som undersökningen är tänkt att mäta och reliabiliteten betyder att om en annan forskare gör samma studie inom samma område ska resultatet bli exakt likadant (May 2001:117f.). Det kan vara problematiskt i en kvalitativ undersökning där undersökningen sker i en social miljö som är i ständig förändring (Bryman 2013:352). För att öka reliabiliteten spelades empirin in och transkriberades sedan av den person som inte intervjuats. Det för att båda skulle vara lika insatta i intervjuerna och därigenom underlättade det när vi arbetade med att tolka resultat och svar tillsammans. Vi är medvetna om att en inspelning av intervjun kan påverka och störa respondenten. Det har påpekats under en intervju men vi anser att empirin inte hade kunnat analyseras ordagrant om vi hade avstått från att spela in.

Vi visar forskningstextens transparens vilket betyder att vi tydligt visat hur vi har gått tillväga för att samla in vår empiri, använt oss av metoden och analyserandet av empirin. Ett bevis på en tillförlitlig forskning är att den går att kritiseras och som forskare är det bättre att ha kännedom om undersökningens brister och inte försöka dölja dem (Ahrne & Svensson 2011:27).

Under intervjuerna var det av största vikt att vi inte på något sätt försökte styra intervjuerna mot de svar och tankar som vi själva har om ämnet. Då vi intervjuat personer om deras egen upplevelse vilket kan vara känsligt ämne var vi noga med att poängtera anonymiteten. Vi var även tydliga med att vi under intervju inte kommer att ställa frågor om den bakomliggande problematiken. Detta anser vi är viktigt för att öka respondentens tillit till oss och genom det kunna få mer uppriktiga svar.

Resultatet som vi kommit fram till kommer att hålla en bra kvalitet i de teoretiska slutsatserna och vi kommer använda oss av "måttliga" generaliseringar. Det vill säga att när vi undersöker målgruppen och de resultat vi får fram så kan det tillämpas en "måttlig" generalisering. Det utifrån att jämföra vad andra forskningar har kommit fram till när de har studerat liknande målgrupper med psykisk ohälsa (Bryman 2013:369).

Bearbetning och analys av data

Efter varje intervjutillfälle transkriberades omgående materialet för att intervjun skulle finnas färskt i minnet. Efter transkribering läste båda genom materialet för att få en första bild av empirin innan kodningen börjades. Vikten av att koda ett material handlar om att kategorisera innehållet utifrån frågeställningar och syfte för att sedan kunna urskilja återkommande teman (Jönson, 2010:56f.). Vi kunde på det sätt lättare hitta liknande mönster om vad de hade för erfarenheter, upplevt bemötande, vilka behov de uttrycker och om det fanns andra önskvärda komplement till ett traditionellt vårdsökande och sedan jämföra de olika intervjuerna med varandra. Kodningen börjades genom att var för sig läste igenom det transkriberade materialet och jämförde spontana tankar och reflektioner med varandra. Vi gick sedan åter genom materialet samtidigt som vi gjorde kontinuerliga noteringar med nyckelord som efterhand blev en kodning av vår insamlade data. Efter kodning tolkades materialet utifrån de koder som skapats och sökte efter kopplingar, generella betydelser och samband (Bryman 2013:523ff.). Ur sambanden kunde empirin tematiseras för att lättare skriva analysen.

Etiska överväganden

Valet av målgrupp kan vara problematiskt. Det är en grupp som mår eller har mått psykiskt dåligt vilket kan vara känsligt. Det är extra viktigt att vara medveten om forskningsetiska principer och att vara lyhörd för respondentens reaktioner under intervjun.

För att ta hänsyn till informationskravet (Vetenskapsrådet 2012:7) fick varje respondent information om forskningens syfte innan intervjun började. Vi berättade om respondentens roll i undersökningen och att det var frivilligt. Vi informerade om att respondenten kommer vara helt anonym i forskningen och frågade om hen vill ha uppsatsen skickad till sig.

En viktig utgångspunkt för att kunna genomföra intervjuerna var samtyckeskravet (Vetenskapsrådet 2012:9). Det innebär att medverkan sker frivilligt och med godkännande från respondenten. Samtyckeskravet innebär också att respondenten har möjlighet att avbryta medverkan när som helst utan att konsekvenserna av avbrottet skulle bemötas negativt eller skapa press (Vetenskapsrådet 2012:10). Innan intervjuerna startades skrev respondenterna på en samtyckesblankett som godkänner att materialet spelas in samt att det får användas i vår forskningsstudie.

I informationsbrevet informerade vi om konfidentialitetskravet vilket berör respondentens anonymitet och att namn eller annan identifierbar information inte kommer att vara med i uppsatsen (Vetenskapsrådet 2012:12). De citat som finns med i analysen refereras med fingerade namn som inte är respondentens riktiga. Vi förklarade innebörden av nyttjandekravet och var tydliga med att det material som spelats in endast kommer att hanteras utav oss i undersökningssyfte och det studien är avsedd att undersöka (Vetenskapsrådet 2012:14).

Arbetsfördelning

Vi har valt att arbeta tillsammans då vi anser att vi kompletterar varandra och kan göra ett bättre arbete. Vi upplever att det varit en fördel med två författare då vi kontinuerligt under uppsatsen har haft två infallsvinklar och två perspektiv på materialet. Vi har arbetat gemensamt under hela processen med reservation för intervjutillfällena och transkribering. Transkriberingen gjorde vi enskilt på grund av tidspress och intervjuerna av etiska skäl samt det sociala samspelets innebörd. Sökning och läsning av litteratur har gjorts separat för att få

en så stor överblick som möjligt. Efter att relevant material har hittats har den andre tagit del av det för att vi båda två ska ha en tydlig bild av kunskapsläget. Analys och bearbetning av material har skett gemensamt.

4. Tidigare forskning

I avsnittet kommer vi börja med att presentera hur vi har gått tillväga för att hitta relevant litteratur för studien. Under rubriken *Forskning av psykisk ohälsa* kommer en övergripande presentation av forskningen och vad forskningen handlar om. Vidare presentera vi mer ingående vilka resultat forskningen har kommit fram till under rubriker som: *Faktorer som spelar in, Forskning om stigma, Forskning om sociala nätverk, Forskning om bemötande, Forskning om behandling*. Efter att ha gått igenom befintlig forskning anser vi att forskning om hjälpsökandet och inställning till alternativa metoder i gruppen 20-40 år inte är fullständig i internationell- och nationell kontext. Publicerade studier undersöker framförallt individuella faktorer som påverkar hjälpsökandet eller är inriktade på en specifik problematik som till exempel självskadebeteende eller depression.

Litteratursökning

För att söka relevant litteratur användes Libris, Lubsearch, Google Scholar och Lovisa. Sökorden som användes var *Mental illness, help-seeking, young adults* på engelska och på svenska *psykisk ohälsa, hjälpsökande, unga vuxna*. Det blev betydligt fler träffar på de engelska sökorden än på de svenska. Australien har en ledande roll i forskning om psykisk ohälsa. Debra Rickwood, professor i psykologi vid Canberras universitet i Australien, har en ledande position inom forskningsfältet och har forskat om ämnet. Bland hennes referenser och tidigare studier fanns också forskning om alternativa sätt att ta kontakt med vården som handlade om Internets roll i ett hjälpsökande. För att söka litteratur om alternativa sätt till kontakt med vården användes sökorden *alternative methods for mental illness, alternativa metoder vid psykisk ohälsa*. Det var svårare att hitta något med de sökorden och det konstaterades att de alternativa sätten till kontakt med vården är via Internet. När sökordet *Internet and mental illness* användes fick vi upp många träffar och här var också forskning från Australien mest frekvent.

Forskning av psykisk ohälsa

Ett problem i forskningen är hur indelningen i ålderskategorin är gjord. Efter att ha breddat målgruppen i studien övervägde vi om forskning för den yngre målgruppen fortfarande var relevant, vilket vi ansåg att den var. Forskningen är riktad mot en yngre målgrupp men vi har kompletterat med forskning inom vår målgrupp. Vid komplettering har vi konstaterat att resultaten är liknande oavsett ålderskategoriseringen.

Följande forskning från Australien är gjord av Rickwood et al. (2005) som undersökt vilka faktorer som påverkar hjälpsökandet för unga vuxna mellan 14-24 år. Rickwood, Deane & Wilson (2007), har gjort en sammanställning av internationella studier från Europa, USA och Australien som visar när och hur unga vuxna söker hjälp vid psykisk ohälsa. Bradford och Rickwood (2015) undersökte om e-verktyg kan vara ett hjälpmedel vid psykisk ohälsa bland målgruppen 12-25 år. Frost och Casey (2015) undersökte hur de som har självskadebeteende i åldern 14-25 söker hjälp online. En annan relevant är av Yap, Reavley och Jorm (2013). De undersöker hur stigma och hjälpsökandet förhåller sig till varandra i målgruppen 15-25 år. Henderson, Evans-Lacko och Thoricroft (2013) undersöker hur en utbredd mediakampanj vars mål är att minska stigmatiseringen av psykisk ohälsa har påverkat hjälpsökandet i England från åldern 16 och uppåt.

I Sverige har Socialstyrelsen (2013a) forskat om hur den psykiska ohälsan har ökat för unga vuxna i åldern 0-24år. Croona (2011) presenterar hur patienter inom hälso- sjukvård har upplevt vårdens bemötande i Hallands län. Forsell och Hansson (2001) har undersökt hur den psykiska ohälsan ser ut och vilket behandlingsbehov som krävs i Stockholms län i åldern 20-64. Åsbring, Dal, Ohrling och Dalman (2014) har gjort en databasstudie om hur många av befolkningen som söker hjälp för psykiska besvär hos primärvården i Stockholm och vad de erbjuds för uppföljning, diagnostisering och behandling. Övrig forskning från Europa är från Norge, Irland, Frankrike och Storbritannien. I Norge har Zachrisson, Rödje och Mykletun (2006) gjort en undersökning i skolorna bland 15-16 åringar om oro och depression för att ta reda på vilka som väljer att söka hjälp. I Frankrike har Younes et al. (2015) forskat om hur 18-37 åringar använder Internet vid hjälpsökandet. Från Storbritannien har Biddle et al. (2004) undersökt hur hjälpsökandet ser ut hos psykiskt stressade i åldern 16-24 och Dyrbye et al. (2015) undersökte hur hjälpsökandet ser ut hos utbrända studenter. European Mission (2010) har undersökt hur den psykiska ohälsan ser ut i europeiska länder och hur många som

söker hjälp för sina besvär. Från USA finns en studie av Mesidor och Sly (2014) där de undersöker vilka faktorer som spelar in i ett hjälpsökande bland afroamerikanska studenter.

Faktorer som spelar in

När en söker hjälp för sin psykiska ohälsa spelar en kombination av strukturella och individuella faktorer in för hur processen för hjälpsökandet går till. Den forskning som finns idag berör främst individuella faktorer och handlar om omgivningens påverkan i processen. Vi vill betona att även strukturella faktorer, såsom hur hjälpsökandet går till i praktiken och kunskap om möjliga hjälpleverantörer spelar roll i hjälpsökandeprocessen. Enligt Rickwood, Deane och Wilson (2007:36) är det inte ett väl beforskat område. Undersökningen av Hendersson, Evans-Lacko och Thornicroft (2013) visar att kunskap om psykisk ohälsa är en viktig faktor som påverkar om individen kan identifiera sin egen psykiska ohälsa eller skulle känna igen den hos vänner och familj.

Rickwood, Deane och Wilson (2007) menar vidare att de faktorer som framträder starkast i forskning om hur en söker hjälp är hur stort socialt nätverk individen har, kön, ålder och vilken typ av psykiska problem individen behöver hjälp med. Suicidtankar är den problematik med högst risk för att misslyckas i hjälpsökandet. Bland människor med psykisk ohälsa minskar intresset för att söka hjälp i takt med att personens suicidtankar ökar. Anledningen till det är att individen vill hålla problemen för sig själv (Rickwood, Deane & Wilson 2007:36).

Det finns en undersökning som undersökt hjälpsökandet via primärvården. De flesta som söker hjälp via primärvården vid psykisk ohälsa är de som har somatiska besvär så som ont i magen, huvudvärk m.m. Det förklaras med att somatiska symptom är lättare att prata om än psykiska (Forsell & Hansson 2001:18). Åsbrings et al. (2014) undersökning i Stockholm bekräftar det, 80 % av de som har depression eller ångest presenterar problemen som fysiska. Undersökningen i Norge visar att de patienter som sökt hjälp för somatiska besvär till följd av sin ångest eller depression fick hjälp med de somatiska problemen utan att få hjälp med den psykiska smärta (Zachrisson, Rödje & Mykletun 2006).

I sammanställningen av Rickwood, Deane och Wilson (2007:38) skriver de att skolan spelar en avgörande roll i hjälpsökandet. Eftersom skolan är obligatorisk så finns alla unga där. Samtidigt visar studien att de som studerar har en ökad risk för psykisk ohälsa jämfört med de

som inte studerar. En studie i Australien visade att 16 % av de som blev identifierade med psykisk ohälsa hade fått rådgivning via skolan. Därför har det skett en satsning där samarbetet har ökat mellan skolan och vården och haft genomgångar av mental ohälsa och praktisk rådgivning om hjälpsökandet. Det har visat positiva resultat och svårigheterna att söka hjälp minskade (Rickwood, Deane & Wilson 2007:37). Skolan är en paradoxal arena då sammanställningen visar en ökad risk för psykisk ohälsa samtidigt som det finns rådgivning och att skolan kan vara till hjälp.

Hjälpsökandet står i relation till vilken kontext individen lever i. Forsell och Hansson (2001:26) framhåller ekonomiska aspekter och förklarar att valet att inte ta kontakt med vården kan bero på att det är svårt att finansiera kostnaden och att det är problematiskt att komma från arbetet. En studie bland afro-amerikanska studenter om deras hjälpsökande lyfter fram att religiösa och kulturella värderingar kan ha inverkan på hjälpsökandet. Kulturella skillnader och värderingar i olika länder gör stor skillnad över hur vanligt det är att söka psykisk hjälp vilket kan vara en avgörande roll i hjälpsökandet (Mesidor & Sly 2014:139). Olika studier från bl. a. Australien (Rickwood, Deane & Wilson 2007, Rickwood et al. 2005), Storbritannien (Biddle et al. 2004) och statistiska resultat från European Mission (2010) visar att det är skillnad i resultat som beror på vilket kön individen har. Alla fyra studierna har kommit fram till att kvinnor generellt är bättre på att söka hjälp än män vid psykisk ohälsa.

Forskning om stigma

Ett annat forskningsområde handlar om risken för stigmatisering. Stigmatisering har sin grund i allmänhetens bild av det normativa och innebär att det skapas en föreställning om hur en individ bör vara. När någon visar ett karaktärsdrag eller en egenskap som strider mot de normativa förväntningarna klassificeras hen som udda istället för en vanlig människa. Den ofrivilliga placeringen i ett utanförskap är innebörden av stigma (Goffman 2011:10). I Forsell och Hanssons (2001) undersökning anger de respondenter som inte har sökt hjälp att det var på grund av att de känt skam för att misslyckas, haft en rädsla för att bli sedd som psykiskt sjuk, närstående har varit negativa eller att de haft en rädsla för att inte kunna få ett nytt jobb. Det kan alltså finnas en rädsla grundad i stigmatiseringen som resulterar i att färre vågar söka hjälp. Yap, Reavleys och Jorm (2013:1154ff.) konstaterar i sin undersökning att social isolering och en övertygelse om att psykisk ohälsa är en social svaghet resulterar i att färre söker hjälp. Författarna menar att den stigmatisering som finns av psykisk ohälsa behöver

minskas för att fler ska våga söka hjälp. Rickwood, Deane och Wilson (2007) har kommit fram till att en väg för att komma ifrån den rädsla som grundar sig i stigmatisering och oro för att bli dömd av personal kan vara att ändra allmänläkarens bemötande av patientens mentala hälsa. Ett erkännande av psykisk ohälsa genom allmänläkaren där hen ställer mer frekventa frågor om patientens välbefinnande skulle kunna få fler att våga söka hjälp. Faktorer som påverkar en välkomnande miljö och tydliga regler kring sekretess (Rickwood, Deane & Wilson 2007:37).

Henderson, Evans-Lacko och Thornicroft (2014) kunde se ett samband mellan en ökad medvetenhet hos omgivningen om psykisk ohälsa och minskandet av stigmatisering och diskriminering av de som har psykisk ohälsa. Det visade dock inte någon förändring hos varken professionella inom psykiatrisk eller somatisk vård. Även om omgivningen gör det lättare för en person med psykisk ohälsa att våga söka hjälp så kan vårdens fortsatta bemötande göra att individen väljer att inte fortsätta hjälpsökandet (Henderson, Evans-Lacko & Thornicroft 2014).

Forskning om sociala nätverk

Det sociala nätverkets betydelse tar stor plats i tidigare forskning. Här handlar forskningen om betydelsen av omgivningens bemötande och syn på psykisk ohälsa. Socialstyrelsens (2007) undersökning visar att närstående spelar en stor roll för den som mår psykiskt dåligt. Det är vanligt att individen först pratar om problemen med föräldrar eller vänner (Forsell & Hansson 2001:18). Föräldrarnas attityd mot att söka hjälp vid psykisk ohälsa spelar en stor roll för om individen kan tänka sig att själv söka hjälp (Mesidor & Sly 2014:141). Partners har visat sig ha en avgörande roll i hjälpsökandet. För män är partnern extra viktig och har stor påverkan till att individen söker hjälp (Rickwood, Deane & Wilson 2007:36). En annan faktor kan vara att målgruppen är extra känslig för omgivningens negativa attityd till hjälpsökande och psykiatrin eftersom unga vuxna ofta har ett extra stort behov av att känna sig bekräftade (Rickwood, Deane & Wilson 2007:36). På samma sätt som negativa attityder skapar ett hinder kan uppmuntran från omgivningen influera till att individen kan tänka sig att söka hjälp.

I Rickwood et al. forskning (2005) och Rickwood, Deane och Wilsons sammanställning (2007) har unga vuxna (14-24 år) uppgett att de först vänder sig till vänner och sen till familj

eller annan anhörig vid psykisk ohälsa. De beskriver att det är lättare att ta kontakt och finna stöd hos en person där det finns en etablerad kontakt. Kontakt med professionell hjälp sker sedan via familjemedlemmar eller andra personer som står personen nära (Rickwood et al. 2005:4, Rickwood, Deane & Wilson 2007:36). Dyrbye et al. (2015:962) studie om utbrända studenter visade samma resultat. Majoriteten skulle välja att vända sig till familj och vänner. Omgivningen är en stor del i början på processen mot att söka vård och det är ofta här första erkännandet av den psykiska ohälsan börjar.

Forskning om bemötande

Bemötandet under ett hjälpsökande är viktigt. Croona (2011) beskriver hur viktigt bemötandet är under hjälpsökandet och för fortsatt behandling. Redan från början råder en kunskapsauktoritet från personalen som medför en maktobalans. Det resulterar i att den av parterna som befinner sig i ett underläge blir extra känslig för den andra partens bemötande (Croona 2011:3ff.). Sammanställningen av Rickwood, Deane och Wilson (2007:37) visar att ett första möte mellan brukare och professionell är avgörande för om personen väljer att fortsätta eller inte. Ett dåligt bemötande skapar negativa känslor som irritation och oro. Det påverkar individens fortsatta inställning till vård vilket kan resultera i att individen väljer att avstå från vidare vårdkontakt (Henderson, Evans-Lacko & Thornicroft 2014)

Forskning pekar på att upplevelsen av att inte bli bemött med respekt eller bli tagen på allvar kan exempelvis leda till misstro och en känsla av hopplöshet. Resultat visar att ett negativt bemötande leder till att personen sluter sig och information undanhålls. Rädslan för att inte bli tagen på allvar är störst när problematiken handlar om diffusa symptom (Croona 2011). Det är viktigt att unga får känna sig delaktiga och blir bemötta med respekt. Forskning visar att det blir sämre behandlingsresultat bland de unga vuxna mellan 14-24 som inte är motiverade. För att kunna nå ut till fler i ett tidigare skede är det avgörande att personen själv är delaktig i hjälpsökandet (Rickwood, Deane & Wilson 2007:38). Personer som upplevt att de inte blivit tagna på allvar, inte blivit lyssnade på eller har upplevt tillfällena då formella regler brutits gör att individen väljer att distansera sig ifrån vården (Rickwood, Deane & Wilson 2007:36).

Forskning om behandling

Behandling för psykisk ohälsa omfattar läkemedel och olika former av samtalsbehandling. När det gäller forskning om behandling så visar databasstudien av Åsbring et al. (2014) att det

är 25-30% som söker vård på grund av psykiska besvär i Stockholm. Trots det är det bara 7 % som får någon typ av psykisk diagnos men samtidigt är det ca 20 % som får någon form av behandling vid psykisk ohälsa, främst i form av medicin och en mindre del av samtalsbehandling. Forsell och Hansson (2001) har undersökt vilken typ av behandling som varit önskvärt vid psykisk ohälsa i Stockholms län. Deras resultat visar att drygt hälften av deras 20.000 respondenter skulle föredra någon form av samtalsbehandling. De som tror att läkemedel är den viktigaste behandlingsformen motsvarar 5 % och ungefär en fjärdedel tror att både samtal och medicin är viktiga inslag under behandling. Bland de som tidigare varit i kontakt med vården ansåg 45,2% att en kombination av medicin och samtal är den bästa behandlingen. Resultatet visar på att dubbelt så många män som kvinnor har en positiv inställning till medicinering (Forsell & Hansson 2001:21). I Rickwood, Deane & Wilsons (2007:36) sammanställning av tidigare forskning visar resultat istället att många anser att medicin kan vara skadligt. De skriver även att unga vuxna generellt föredrar aktiv hjälp, det vill säga regelbunden hjälp från vården framför mediciner. Forskning om behandling handlar om vilka metoder som fungerar mot den psykiska ohälsan.

Forskning visar att andra sätt har börjat komplettera den vanliga formen av hjälpsökande vid psykisk ohälsa. Dessa nya vägar är genom internet. Rickwood, Deane och Wilsons (2007:38) studie visar att unga använder sig av alternativa metoder som själv-hjälpprogram för att hantera sin psykiska ohälsa. Några av de sätt som värderats högst vid användning i ett hjälpsökande samt varit mest effektiva bland unga är kommunikation via Internet. Av de som använde sig av Internet i processen mot ett hjälpsökande upplevde ingen att det hindrar individen från att söka sig till traditionell vård utan ser det istället som ett komplement till annan vård (Rickwood, Deane & Wilson 2007:38).

8,6 % av de som deltog i en fransk studie i åldern 18-37 har använt sig av hjälp via Internet vilket visar att Internet är ett använt verktyg och kan vara ett steg i riktning mot att söka vanlig vård (Younes, Chollet & Melchior 2015). Frost och Caseys (2015) studie kommer fram till att ju tidigare personer med självskadebeteende i åldern 14-25 använder sig av online-hjälp desto mer ökar sannolikheten för att individen söker hjälp i framtiden. Studien visar också att om en har sökt online-hjälp så är chansen att en vänder sig till annan teknologisk hjälp eller att söka traditionell vård större. Vilken specifik typ av teknologisk eller traditionell hjälp framgår inte i forskningen. (Frost & Casey 2015:75).

I Bradford och Rickwoods (2015) forskning från Australien delades respondenterna upp i två kategorier, de som föredrog att prata och de som föredrog att skriva under hjälpsökandet. De som ställde sig positiva till att skriva via Internet förklarar att de inte behöver känna rädsla för att för att vårdpersonalen ska döma dem vid avslöjandet av känslig information. Det upplevs som lättare för klienten att styra samtalet och ta sig tid till att skapa det mod som behövs för att avslöja sina tankar. De som föredrog att prata betonar vikten av det icke-verbala språket, något som skulle falla bort i en skriv-kommunikation. Bland dem personer fanns också en oro över att sekretessen via Internet inte är lika säker. Studien visar att elektroniska redskap, som mobiltelefoner och datorer, kan erbjuda den som mår psykiskt dåligt en flexibilitet utifrån individens preferenser (Bradford & Rickwood 2015:3ff.).

5. Teori

Alvehus beskriver teori som en kartläggning av hur en ser på världen och att alla ser på verkligheten annorlunda. För att få en överblick och ett perspektiv på materialet så krävs det att en analyserar materialet utifrån en teori (Alvehus 2014). Materialet analyseras med hjälp av socialkonstruktivism samt Goffmans teorier om stigmatisering och rollspel. Vi använder oss av Malcolm Paynes bok *Modern teoribildning i socialt arbete* (2015) samt Vivien Burrs bok om *Social constructionism* (2015). Vidare använder vi Soren Barlebo Wennebergs bok *Socialkonstruktivism - positioner, problem och perspektiv* (2010). Vi har valt att använda oss av teori om stigma för att upplevelser av skam är ett genomgående tema. Teorier om roller och rolltagande kan bidra i vår analys då respondenterna även har beskrivit hur den psykiska ohälsan påverkat sociala relationer och individens självbild.

Socialkonstruktivism

Wenneberg (2010:10f.) beskriver socialkonstruktivism som en början att vilja ifrågasätta gamla traditionella synsätt på hur saker och ting ska vara. Han menar att socialkonstruktivismen är ett sätt att inte ta det självklara för givet och att alltid försöka se vad som ligger bakom vissa handlingar och beteenden. För att förstå hur socialkonstruktivismen och en social konstruktion fungerar så presenteras här ett exempel. Wenneberg beskriver hur en tar för givet att en ska gråta vid sorg. De flesta som upplever sorg anser att det naturliga är att gråta. Men att gråta vid sorg ses som en social konstruktion utifrån socialkonstruktivismen. Ser en bara i en annan kultur så kan sorgen uttryckas på ett annat sätt än att gråta, exempelvis

genom att en skriker eller kastar med sin kropp för att uttrycka sorgen. Detta förklarar att ett beteende som känns självklart inte är naturbestämt utan en social konstruktion beroende på i vilken plats och tid vi lever i (Wenneberg 2010:10f.).

Utgångspunkten i studien ligger i att den sociala kontexten vid psykisk ohälsa är i ständig förändring. Det finns olika omständigheter där sociala konstruktioner kan förekomma och kan handla om vilken världsbild eller föreställningar en har, identitet, könsroller eller status. (Sohlberg & Sohlberg, 2013:273). Payne (2015:41) menar att i socialarbetarens roll är det viktigt att veta att den sociala kontexten alltid är föränderlig beroende på historiens gång eller på om relationsmönster förändras. I vår undersökning kan vi se hur sociala konstruktioner är föränderliga. De respondenter som vi intervjuat har olika tankar och har fått olika bemötande beroende på vid vilken tid och i vilken miljö de befunnit sig i. Burr (2015:2ff.) menar att en måste ha ett kritiskt förhållningssätt till de saker i vår omgivning som bara tas för givet. Saker ska vara på ett visst sätt, både för oss själva och om världen omkring oss. Socialkonstruktivismen förklarar att det är mötet mellan människor som skapar den normativa bilden av vad som ses som rätt och fel. Interaktioner mellan människor i det sociala livet och hur de använder språket är en stor del där kunskapen växer fram om hur omvärlden är och borde vara (ibid.). Burr (2015) beskriver att det finns kopplingar mellan kunskap och sociala handlingar. I ett möte, dvs. den sociala handlingen, med en annan människa så bidrar vi med kunskap via kommunikation. Genom kommunikationen bestäms vilka handlingar som ses som normala medan andra som helt orimliga (ibid.).

Wenneberg beskriver att kunskapen är socialt konstruerad. Vår kunskap kommer från språket vilket gör språket till en social konstruktion (Wenneberg 2010:12). Burr (2015) skriver att språket är en stor del inom socialkonstruktivismen eftersom det är ur språket tankarna bildas. Genom tankarna kategoriserar vi erfarenheter och bildar en bild av oss själva. Det gör oss till en produkt av språket (Burr 2015:71f.). Språket är början på de sociala konstruktionerna eftersom det är genom kommunikation vi skapar normer (Burr 2015:10f.). I hjälpsökandeprocessen spelar kommunikationen en central roll då individen behöver kommunicera med anhöriga eller vården. Genom socialkonstruktivismen kan fördomar och attityder till psykisk ohälsa förklaras eftersom det är sociala konstruktioner. Fördomar skapas när människor drar slutsatser om psykiska problem utan att ha kunskap om det. Det är genom dessa fördomar stigmatiserade grupper skapas i samhället. Det leder oss in på Goffmans stigma- och rollteori.

Goffman

Stigma

Kategorisering av människor sker ofta redan vid första mötet. En kategorisering innebär att tillskriva specifika egenskaper och karaktärsdrag som skapar normativa förväntningar på en person. Visar det sig att individen besitter egenskaper som går utanför de normativa förväntningarna och inte är önskvärda blir individen stämplad som avvikande och mindre värd (Goffman 2011:10). Det är stämplingen som definierar stigma enligt Goffman (2011). Alla negativa egenskaper skapar inte stigmatisering utan endast de som avviker från det förväntade. Det innebär att varje individ har olika förutsättningar för vad som betraktas som avvikande beroende på hur hen kategoriserats. Goffman (2011) skriver om virtuell identitet och faktisk identitet för att vidare beskriva uppkomsten av stigma. Virtuell identitet är den identitet som avgör hur omgivningen ser på individen. Det är genom den virtuella identitet personens sociala identitet skapas. Den sociala identiteten innebär det första intrycket utomstående får av individen genom exempelvis utseende och beteende. Den faktiska identiteten beskriver istället de egenskaper som individen verkligen har (Goffman 2011:12). När det finns en skillnad mellan den virtuella och den faktiska identiteten finns det risk för stigmatisering.

Det finns två former av stigma som kategoriseras utifrån om det är synligt eller inte. En person som är misskrediterad har ett stigma som är känt av omgivningen. Att vara misskreditabel handlar istället om att personen vill dölja sitt stigma. En förutsättning för en misskreditabel person är att stigmat inte är synligt som till exempel vid ett fysiskt handikapp. En person med psykisk ohälsa har ofta möjligheten att välja om hen vill vara misskreditabel eller inte. Individen kan uppleva press från sin omgivning då det finns en normativ förväntan på personen. Det kan vara så att en individ i en misskrediterad situation har en mognadsprocess innan hen är redo för ett erkännande och blottar sitt stigma (Goffman 2011:51ff.).

Stigmatiseringen har sin grund i det Goffman kallar de normala. Ofta speglas den stigmatiserades värderingar i omgivningens bemötande. När individen är medveten om sin avvikande egenskap och omgivningens värderingar om avvikandet leder det ofta till en känsla av skam. Här skapas en konflikt mellan det verkliga självet och krav som individen ställer på sig själv utifrån omgivningens förväntan. Goffman anser att det finns tre olika former av

stigmatisering där psykisk ohälsa hör till den kategori som beskrivs med fläckar på den personliga karaktären.

Visibilitet är det begrepp som beskriver hur väl omgivningen informerar den stigmatiserade om sitt avvikande (Goffman 2011:57). Goffman skriver att stigmatiserade personer kan känna osäkerhet inför hur de normala kommer att betrakta hen. Ofta känner individen en oro över hur motparten ska ta emot den avvikande egenskapen. Denna osäkerhet kan även finnas hos omgivningen då det kan vara svårt att veta hur det avvikande beteende ska tas emot. Defekten hos en stigmatiserad person kan av omgivningen även ställas i direkt koppling till ett avvikande beteende (Goffman 2011:13). De normala betraktar den stigmatiserade som inte fullt mänsklig och kan tillskriva individen andra negativa egenskaper på grund av den redan befintliga stigmatiseringen.

Rollteori

Rollteorin benämns som det dramaturgiska perspektivet där Goffman använder sig av teatertermer för att beskriva sin syn på samhället. Goffman beskriver att samhällsmedborgare kan liknas vid skådespelare på en teaterscen där varje individ spelar en roll för sin publik. Interaktion mellan individer kan liknas vid en teaterscen där varje scen har aktörer som utspelar sig i en viss miljö. De olika roller som skådespelarna upprätthåller har sin grund i hur skådespelaren vill att åskådaren ska uppfatta och påverkas av agerandet (Goffman 2014:12). Agerandet som den specifika rollen innebär har dels sin grund i vilken identitet personen vill upprätthålla men också vilken kontext individen befinner sig i. Social status och individens omgivning kan kräva ett speciellt agerande för att individen ska kunna upprätthålla sitt skådespel (Goffman 2014:15). I interaktion med sin publik upprätthåller individen, vad Goffman kallar en fasad. I de olika rollerna som spelas använder en sig av olika faser beroende på vilken typ av framträdanden som ska göras. Det kan förklaras med att en inte är samma person i olika sammanhang. Är du tillsammans med din familj tar du på dig en speciell roll och fasad medan om du är på jobbet så passar en annan bättre. En av huvudingredienserna i fasaden är den personliga utrustningen, det vill säga kläder, ålder, utseende, tal m.m. Dessa delar i fasaden kan sedan delas upp utifrån om de är bestående som exempelvis etnisk tillhörighet eller tillfälliga, som ett ansiktsuttryck. Interaktion mellan individer sker med både medvetna och omedvetna budskap. Valet av fasad speglas inte bara i individens önskade identitet utan även av situationens behov. Exempelvis kräver ett

serviceyrke en viss fasad för att du som aktör ska bli betrodd i denna kontext (Goffman 2014:73). Dessa budskap behöver inte nödvändigtvis förmedlas med tal eller skrift utan kan även ske utan ord genom exempelvis kroppsspråk och känslouttryck. Ett framträdande av en individ ställer outtalade krav på publiken och dess mottagande av personens fasad. Det är genom mottagandet som framträdandet socialiseras och formas inför framtida förväntningar i samhället (Goffman 2014:39).

Goffman skiljer även mellan bakre- och främre regionen i det dramaturgiska perspektivet. I den främre regionen så upprätthåller individen sin fasad och spelar en roll för publiken för att kunna upprätta vissa normer medan i bakre regionen kan hen dra sig tillbaka och vara passiv. Goffman beskriver att i den bakre regionen kan all rekvisita och fasaddetaljer förvaras så att personen kan vila. Det betyder att roller och fasader en använder sig av i främre regionen kan lämnas åt sidan och en kan kliva ur sin rollgestalt (Goffman 2014:97ff.).

Det är även av vikt att ta upp det som Goffman beskriver som diskrepanta roller (Goffman 2014:126). Genom diskrepanta roller beskrivs vikten av att ett team hemlighåller viss information för publiken och inte avslöjar allt. Stigmatisering kan innebära att en familj eller närstående inte vill berätta om det finns en svår situation inom familjen för att kunna hålla uppe en fasad för att inte bli bedömda utifrån de fördomar som finns om psykisk ohälsa.

6. Resultat och analys

I följande del kommer en integrerad resultat- och analysdel presenteras. Materialet ska förstås och behöver tolkas utifrån de teoretiska ramverken och tidigare forskning. För att presentera materialet kommer vi använda oss av representativa citat som är talande för majoriteten av respondenterna. För att underlätta för läsaren har vi valt att göra en presentation utifrån rubriker som svarar på frågeställningarna. Under rubriken *Känslor i hjälpsökande processen* svarar vi på vilka erfarenheter av att söka psykiatrisk vård som respondenterna har upplevt. *Behov under processen* förklarar vilka behov som behöver tillgodoses i hjälpsökandet vid psykisk ohälsa och om det finns behov av andra sätt eller komplement till hjälpsökandet. *Omgivningens bemötande av psykisk ohälsa* upplyser vilket bemötande respondenterna har upplevt från omgivningen och i kontakt med psykiatrisk vård. Fem respondenter pratade om Fontänhuset fast det inte fanns som en fråga i intervjuguiden. Eftersom det tog en stor plats i empirin beslutade vi att ha en rubrik om *Fontänhusets roll*. Samma material kan tolkas utifrån

olika kategorier vilket gjort att resultaten ofta flyter samman under rubrikerna. Vi har försökt att tydliggöra detta under respektive rubrik.

Under undersökningsprocessen har vi märkt att vår tanke om hjälpsökande-processen inte stämt överens med respondenternas. Respondenterna har definierat processen som avslutad efter att de fått den vård som motsvarat deras behov. Material visar att hjälpsökande-processens längd varierar beroende på hur bra vården kan bemöta patientens behov.

Utifrån vårt material så finns det svårigheter att ta kontakt med vården vid psykisk ohälsa vilket kan förstås utifrån Goffmans (2011) teori om stigmatisering. Många av våra respondenter upplever att det är skamfullt att ha psykisk ohälsa och ser sig som utpekade vilket leder till att en tar på sig rollen som stigmatiserad. I analysen kommer stigma finnas med som en röd tråd för att förstå materialet. I ett hjälpsökande och gentemot omgivningen beskriver många av respondenterna att de försökt upprätthålla en roll för andra därför diskutera materialet också utifrån Goffmans (2014) rollteori.

Känslor i hjälpsökande processen

Under processen till att söka hjälp uppkommer många känslor. Rickwood, Deane och Wilson (2007) beskriver att avgörande faktorer för om individen ska söka hjälp är insikten om vilket psykiskt tillstånd personen befinner sig i och att hen själv upplever ett problem. Insikten om sitt tillstånd står i direkt koppling till känslomässig kompetens vilket definierar hur individen förhåller sig till sina känslor. Personen behöver vara kapabel att känna, definiera och förstå sina känslor i förhållande till sin tidigare kunskap om psykisk ohälsa (Rickwood, Deane & Wilson 2007:36).

Vid varje intervjutillfälle har vi genomgående försökt få respondenten att beskriva de känslor som upplevts under processen att söka vård. Det för att få en bild av hur hjälpsökandet påverkar individen känslomässigt. Generellt sett har respondenterna haft liknande känslomässiga processer under hjälpsökandet. Denna process börjas med en oro för hjälpsökandet som övergår till en lättnad när steget väl är taget. Lättnaden ersätts sedan med missnöje över vårdens bemötande som på sikt påverkar individen negativt. En respondent avviker. Det är också den respondenten som vi kommit i kontakt med utanför fontänhuset, vi kommer att analysera detta separat under respektive rubrik.

Inför hjälpsökandet

Vägen mot psykiatrin börjar när någon i omgivningen eller individen själv kommer till insikt om problematiken. I samband med det börjar en period av negativa känslor för hjälpsökandet. Oro och rädsla är känslor som dominerar starkast och kan göra att individen drar sig för att ta kontakt med vården. Oron grundar sig främst i ovisshet om vad hjälpsökandet kommer att innebära för individen. Att gå från insikten att det finns ett behov till att faktiskt söka hjälp innebär en ny situation som upplevs som obehagligt. I samband med oron anges ofta faktorer som är kopplade till förutfattade meningar grundade på individens egna eller andras upplevelser. Ett exempel är följande svar på vad respondenten tror att nervositeten för vården grundar sig i:

Den här erfarenheten av psykiatrin i xxx har ju påverkat mig. [...] dels också att jag vara orolig och nervös och tänkte att om dom slänger ut mig nu då vet jag inte vad jag gör. Den jävla psykiatrin i xxx (Martina)

En annan orsak till oron inför vården är individens självbild och hur individen tror att ett hjälpsökande skulle påverka omgivningens bild av hen. Att söka hjälp innebär att individens problematik blir mer definitiv och att personens självbild står i konflikt med insikten. Upplever individen osäkerhet inför hjälpsökandet finns det flera känslomässiga hinder för att söka hjälp. Personer som i stället har haft någon form av samtalskontakt i tidig ålder eller har en omgivning som är accepterande upplever inte omgivningen som en källa till oro för hjälpsökandet. Rickwood, Deane och Wilson (2007:36) menar att positiva och negativa erfarenheter från sig själv och omgivningen har betydelse vid ett hjälpsökande. Vi kommer att gå in på det mer utförligt längre fram.

Konsekvensen av oron och rädslan inför vården blir att individen drar sig för att söka hjälp. Det resulterar i att individen står utan stöd eller att omgivningen istället söker hjälp åt respondentens när problematiken blivit påtaglig. Följande citat visar på två skilda upplevelser av att någon anhörig sökt upp vården i respondentens ställe:

A: Varför tycker du det är pinsamt?

R: För att jag själv inte kan ta steget och ringa till 112 och säga att jag behöver hjälp. För att jag vet att om man ringer till 112 så kanske dom inte tar en på allvar. (Gustav)

Hm jag blev faktiskt ganska glad för det [att mamman ringde till psykolog, författarnas kommentar]. För det betydde att mamma faktiskt hade sett att det är faktiskt någonting som inte stämde. (Martina)

Efter att respondenterna har sökt vård själv eller att anhöriga hjälper till uppger båda respondenterna att de känt sig lättade. Lättnaden övergår många gånger till missnöje när vården är kontaktad.

Respondenten som vi kom i kontakt med utanför Fontänhuset delar oron och nervositeten inför vården men skiljer sig på några andra punkter. Han uppger att han känt en förväntan om vårdkontakten och beskriver inte någon oro för omgivningens reaktion. Respondent uppger att han tidigare i livet velat söka hjälp men valt att inte göra det på grund av omgivningens attityd till skolkuratoren. Respondenten berättar att han idag befinner sig i en annan omgivning och att inställningen till psykisk ohälsa är annorlunda där. Den kontextbundna inställningen kan förstås ur Goffmans (2011) teori om stigma. Till skillnad från de övriga respondenternas omgivning och den avvikande respondentens tidigare omgivning befann sig respondenten i en omgivning med öppenhet inför psykisk ohälsa. Omgivningens inställning till psykisk ohälsa påverkar hur individerna ser på varandra vilket gör att kategoriseringen av varandra förändras med andra förväntningar. Toleransen gör att hjälpsökande inte ses som avvikande och stigmatiseras därför inte för som övriga respondenter. De skilda kontexterna visar innebörden av socialkonstruktivismen. Respondenten har befunnit sig i en annan kontext som skapats genom att människor skapat sin egen sanning med andra normer.

Efter vårdkontakten

Ett återkommande tema som väckt starka känslor hos respondenterna under processen är respondentens faktiska erfarenhet av vården. Alla respondenter utom en har uppgett missnöje, frustration och uppgivenhet i kontakt med vården. Respondenter har uppgett att de mått sämre efter att vårdkontakten har påbörjats. Missnöjet genomsyrar materialet och har bland annat skapat känslor av hopplöshet och en försämrad självbild hos intervjupersonerna. Bakom missnöjet döljer sig flera orsaker och den vanligaste kan beskrivas med nonchalans främst från läkare. Individen har upplevt att hen inte blivit tagen på allvar.

För jag vet att när jag kommer till psyket och det här med att man åker dit och man pratar med dom och dom verkar så nonchalanta, otrevliga rent ut sagt. Så blir man själv ledsen och tänker att; vad gör jag här, varför ska jag bli inlagd? Och sen så sätter dom en i ett rum och där får man sitta helt ensam i 2-3 timmar... (Gustav)

Först så fick jag många samtal med sjuksköterska, och sjuksköterskorna är alltid supergo och jättebra. Och jag känner mig trygg med dem, det är sen. Sen när man får prata med läkaren som det blir jobbigare. För de ser ändå på en med en viss skepsis. Vilket jag tycker är jättejobbigt. För att det känns lite som att de tvivlar på att jag verkligen mår dåligt och att jag verkligen behöver hjälp och så har det känts i alla år. (Martina)

Den upplevda nonchalansen från läkaren finns ofta kvar hos individen efter avslutad kontakt och skapar oro inför framtida besök och nya läkare. Vägen mot vården respondenten har haft behov av har inte varit enkel. Det har inneburit att samma individ har haft många olika vårdkontakter. Respondenter beskriver att det är jobbigt att behöva reflektera över sina egna begränsningar en gång till.

Alltså det är ju svårt och som sagt att upprätthålla saker att sitta där och snacka för 115:e gånger liksom och sen får man samma svar liksom och det känns inte som att dom förstår det riktigt utan dom bara har en lösning liksom och det kan jag bli lite så här irriterad på liksom. (Louise)

Fast jag trivdes inte så bra med denna kvinnan för jag upplevde att jag inte fick prata till punkt och det var mest hon som pratade så det kändes rätt meningslöst att gå dit så efter några gånger så bara sket jag i det. (Martina)

Upplevelser av att inte känna sig förstådd, bristfällig kompetens från läkaren, behov som inte blivit bemötta och ett bristande djup hos läkaren är några av de bakomliggande faktorerna till det övergripande missnöjet. Rickwood, Deane och Wilson (2007:36) anger att tidigare erfarenheter av vården kan vara hämmande inför ett hjälpsökande där personer som har upplevt att de inte blivit tagna på allvar kan dra sig för att söka vård i framtiden. Det är något vår studie bekräftar. Empirin visar att negativa erfarenheter har gjort att individen dragit sig

för att söka ny hjälp i framtiden. Forsell och Hanssons (2001:19) undersökning visar att 71,6% i åldern 20-64 tror sig kunna få hjälp vid psykisk ohälsa av vården vilket säger emot detta. Däremot så bekräftar intervjun med Julius resultaten. Skillnaden mellan respondenten (Julius) som bekräftar Forsell och Hanssons studie och de andra respondenterna är hur mycket och hur länge de har haft kontakt med vården.

Med hjälp av socialkonstruktivismen (Burr 2015:5ff.) kan en förstå att allt bemötande och fördomar om psykisk ohälsa kan förklaras med att det är en social konstruktion. Genom tysta överenskommelser skapar vi normativa förväntningar på vår omgivning. Respondenterna uttrycker ett missnöje om vårdens bemötande. Missnöje uppkommer när det faktiska bemötandet inte motsvarar de förväntningar respondenten har haft inför mötet med vården. Missnöjet kan förklaras med att det funnits en konflikt mellan vården och respondentens bild av verkligheten och normativa förväntningar.

Hur respondenterna ser på processen idag

När respondenterna tänker tillbaka på vilka känslor som kommit upp under processen mot vård är svaren negativa.

Negativa tankar. Mmm och det är väl för att jag inte tycker att jag har fått rätt hjälp från början. Ja så ibland att man blivit ifrågasatt när man berättat saker. Hur det är och så. (Magdalena)

Ja lite blandat det är både det här jobbiga känslorna men hopplöshet och maktlöshet. (Martina)

Den negativa helhetsbilden är dominerad av känslan av maktlöshet. Det skulle kunna förklaras med att individen mår dåligt på grund av sin psykiska ohälsa. Dock beskrivs känslan av maktlöshet i samband med besvikelse och faktiska upplevelser från vården vilket tyder på att missnöjet inte bara grundar sig i den psykiska ohälsan utan också på hur vårdens bemötande ser ut.

Missnöje med vården kan förstås ur Goffmans teori om rollspel. När respondenterna har sökt hjälp har majoriteten beskrivit att de känt en lättnad över att de påbörjat hjälpsökandet och

gått in med en positiv förhoppning om att få hjälp. Individen skapar sig en förväntan om vårdkontakten och bygger upp en bild av det kommande mötet. När vården och personen med psykisk ohälsa kommer i kontakt med varandra uppstår inte det skådespeleri som individen hade förväntat sig. Rollen som den hjälpsökande spelar får inte det mottagande av publiken (d.v.s. vården) som hen önskat sig vilket påverkar individen känslomässigt och i förlängningen hens självbild. Eftersom majoriteten av respondenterna upplevt liknande negativa bemötande från vården kan det vara ett resultat av att vårdkontaktarna och respondenterna befunnit sig i olika verkligheter (Goffman 2014). Enligt Wenneberg (2010:104) så skapar vi vår egen verklighet beroende på vart vi befinner oss och agerar utifrån den. Skillnaden mellan respondentens förväntan på vården och vårdens faktiska bemötande blir annorlunda eftersom de befinner sig i olika verkligheter och agerar olika.

Åter skiljer sig respondenten som inte varit i kontakt med fontänhuset. Han känner sig tillfreds med vården. Det kan förklaras med samma rollspel som ovan men visar istället det motsatta, upplevelsen av att vårdkontakten motsvarar klientens förväntan.

Behov under processen

Många av respondenterna har upplevt att deras behov av vård inte blivit tillgodosedda. Eftersom individens behov inte blivit uppfyllda har processen mot hjälpsökandet inte avslutats efter att första kontakten är tagen. Individen skickas vidare till andra vårdaktörer eller söker sig vidare tills de upplevt att de fått den hjälp som motsvarar deras behov. När behoven har blivit tillgodosedda anser respondenten själv att processen är avslutad. Det har gjort att vi insett att vägen till vården inte är enkel utan att den består av flera olika steg. Vi kommer i följande stycke redogöra för de behov som finns under ett hjälpsökande.

Även om missnöjet genomsyrar hjälpsökandet finns det stunder då behov har blivit tillgodosedda. Respondenten som varit nöjdast med vården är respondenten som inte haft någon koppling till Fontänhuset. Under hela intervjun ställer han sig positiv till vården och vägen dit. Det är utifrån de positiva upplevelserna som hjälpsökandet avslutas. Därför är det viktigt att förstå de behov som ligger till grund för den positiva upplevelsen. Individens positiva upplevelser grundar sig generellt sett på bemötandet från vårdkontakten. Vi har konstaterat att den hjälpsökande vill känna sig betrodd och respekterad. Det ligger till grund för hela upplevelsen av vården och avslutet för hjälpsökandet. Respondenterna har ett behov

av att bli tagna på allvar och bli sedda. Många beskriver att de känner sig ensamma och osäkra i sin situation. Julius motiverar sina positiva erfarenheter bland annat genom följande citat:

Och han var väldigt, han, han, liksom ställde frågor hela tiden för att validera så att han hade förstått rätt hur jag kände vilket skapade en så här trygghetskänsla hos mig att han, han försökte verkligen förstå... (Julius)

Två av respondenterna uttrycker tydligt att deras förhoppningar om hur vården ska bemöta deras behov inte lever upp till deras förväntningar. För dem är det viktigt att läkaren de träffar är påläst om deras situation och att de inte behöver börja om varje gång de kommer till vården. Det finns också en önskan om mer engagemang i form av kontinuitet och mer kommunikation från vården om deras behandlingar.

När man kommer dit vill man bli bra bemött. Man vill ha det här att dom har läst igenom journalen och ser vad som gäller och såna saker. Men det händer ju aldrig. (Gustav)

Så önskar jag att det inte var så ensidigt att det inte bara var jag hela tiden som tog kontakt med vården utan att de också ringde till mig för att stämma av. (Martina)

En tolkning utifrån Goffman kan vara att det påtagliga behovet av positivt bemötande från vården kan ha sin grund i oron för stigmatisering (Goffman 2011). Relationen som respondenten har till vårdkontakten bygger på individens psykiska ohälsa vilket gör att ett negativt bemötande ofta kopplas till psykisk ohälsa. En annan tolkning är att respondenten i en vårdkontakt gör ett framträdande där hen kliver ur sin fasad och möter publiken utan att spela en roll. Ett negativt bemötande från publiken tolkas som kritik mot den verkliga personen och inte den spelade rollen (Goffman 2014).

Empirin visar att alla respondenterna har ett behov att prata och berätta för någon om sin psykiska ohälsa. Alla pratade med en familjemedlem eller vän innan processen gick vidare till vården. En respondent vände sig till sin partner medan tre stycken valde att prata med en förälder först. Det bekräftar att familj och vänner är en stor del i processen mot att söka vård.

Det är något som bekräftas i flera undersökningar (Socialstyrelsen 2007, Forsell & Hansson 2001:18, Rickwood, Deane & Wilson 2007, Rickwood et al. 2005). Det behov som blir tillgodosett när hen berättar för någon om sin situation är att de upplever sig som mindre ensamma. Respondenterna uttrycker ett behov av att bli sedda och accepterad av sina nära eftersom det är en stor press att upprätthålla en fasad för de människor som är runt omkring dem. Om vi ser hemmet som den bakre regionen kan vi förstå att de flesta vänder sig till sina närstående först och anförtror dem sin problematik eftersom de har ett behov av att kunna slappna av och släppa på sin roll någonstans. Att ständigt behöva befinna sig i den främre regionen är ansträngande och är svårt att upprätthålla (Goffman 2014:101ff.).

Det praktiska hjälpsökandet

Hjälpsökandet innebär inte bara känslomässiga behov. Det konkreta hjälpsökandet och på vilket sätt en går tillväga är en stor del i den processen. För att kontakta vården har fyra av våra respondenter ringt till någon vårdinrättning för att söka hjälp. För en respondent blev vården inkopplad utan dennes godkännande och en har haft en pågående process som startades redan som barn vilket gjorde att föräldern kontaktade vården.

Majoriteten av våra respondenter upplevde en stor brist på information från vården. Det finns en okunskap om vart du bör vända dig och vilket utbud av vård det finns. Bristen gör att flera respondenter själva sökt information via Internet. Julius beskriver hur han googlade fram information för att veta var han skulle vända sig. Marita beskriver att hennes missnöje grundar sig i att hon upplever att hon inte fått tillräckligt med information för att förstå sin problematik vilket gjorde att hon uppfattade sitt tillstånd som normalt. Bristen på information får konsekvenser.

Alltså jag tog det [medicin, författarnas kommentar] bara två veckor och sen la jag av med det men hade jag varit, hade jag gått via psykiatrin så kanske jag hade fått en bättre introduktion liksom eller bättre... En djupare hjälp kan man säga. (Ove)

Den bristfälliga informationen kan begränsa individen och vara ett hinder i det praktiska hjälpsökandet. Respondenterna uppger att det vid psykisk ohälsa kan vara svårt att på egen hand söka upp information.

Alltså fast det finns hjälp på ett annat sätt så orkar man inte lägga tid på att söka var man kan skriva och vem, var man ska leta någonstans för att det är... psykiskt orkar man inte med det. (Gustav)

Den process ett hjälpsökande innebär kräver ett stort eget ansvar. Respondenterna beskriver en rädsla för att kastas ut från psykiatrin för tidigt och att inte bli tagna på allvar när vårdbehovet är akut. De berättar hur de behövt stå på sig och krävt vårdens hjälp för att få sina behov tillgodosedda. Det finns en delad mening om det egna ansvaret men majoriteten upplever det som jobbigt och problematiskt.

Sen vände [gick till psykiatriakuten varje dag, författarnas kommentar] jag på psykiakuten i en hel vecka innan de äntligen la in mig. (Martina)

A: så du upplever att den vård som du har fått bygger på ditt egna, ditt egna driv att vilja ha hjälp. Förstår jag dig rätt?

R: Ja (...)

A: Hur kände du i att ha den rollen?

R: Det var faktiskt väldigt jobbigt. (Gustav)

Inför och under en vårdkontakt uppfattas vården ibland som en djungel där det är svårt att hitta rätt vilket ställer krav på individen. På grund av sitt psykiska mående kan det vara svårt att hantera den logistik och planering för möten som en vårdkontakt innebär. Ett par av respondenterna uttrycker en önskan om vägledning genom vården och om hjälp med praktiska detaljer. På grund av att individens tillstånd som gör det svårt att hantera ovisshet och logistik så har individen utöver vägledningen uttryckt en önskan om mer planering från vårdens sida. Det finns ett behov av konkret stöd och hantering av återbesök, tidbokning m.m.

Jag tror att, kanske någon typ av funktion, personligt ombud. Det är en person som är med dig och som liksom kan följa med på alla möten som har en helhetsbild. (Ove)

När respondenterna svarat på hur de hade önskat att kontakten med vården och vägen dit skulle se ut får vi olika svar men med liknande innebörd. Det finns en enighet om att det praktiska hjälpsökandet som oftast börjar med telefonsamtal behöver kompletteras på något

vis. Vi kan konstatera att respondenterna efterfrågar mer information om hur vården bedrivs och om psykisk ohälsa generellt. Det finns en övertygelse hos respondenterna om att problematiken överlag skulle minska om potentiella vårdkontakter skulle vara mer närvarande i vardagen i form av mer kontinuerlig kontakt. Skulle kunskapen om var en vänder sig vid psykisk ohälsa vara bättre hade det kanske gått fortare i vård processen. Respondenterna ger uttryck för att behovet av konkreta råd och önskar att vägen till psykiatri skulle vara enkel och möjligt att ta i så tidigt skede som möjligt.

Ha en knapp att trycka på. Låter så absurt men. Men man skulle ha en knapp som man kan trycka på som att dom bara hade kommit (Gustav)

När respondenterna fått spekulera fritt om möjliga metoder som kan vara behjälpliga uppger de främst chatt, mail och skype. Ingen av respondenterna uttrycker att de vill ersätta den personliga kontakten som vården ofta består av utan efterfrågar istället ett komplement. En respondent tror att sms-kontakt skulle vara ett bra sätt. Alla är positiva till ett Internetbaserat hjälpsökande för att det känns enklare och snabbare. Respondenterna beskriver att Internet kan användas för att få mer information och hitta andra i samma situation. Argument för det är att det genom skrift är enklare att formulera sig och hjälpsökandet skulle kunna bli enklare om det fanns ett smidigare sätt att kommunicera.

Om det finns asså så om det är lätt att få tag på någon via chatt eller mail och att man får relativt snabbt svar, då hade det ju kunnat kännas mer så enkelt och höra av sig till någon och prata med någon kanske, tidigare. Än att ringa. (Magdalena)

Asså det bästa hade nog varit om man hade kunnat logga in på någon sida och som man hade kunde webcamat med någon. [...] Och prata med dom där så för att jag tror nog att det hade hjälp mycket. Att bara för kontakten, man behöver inte träffa dom in real life men man kan träffa dom på nätet. Det är ju ungefär likadant som att sitta jämte mot samma människa som att snacka framför datan men jag tror nog fler hade, fler hade nog inte. Det hade nog inte varit så många som hade lagt in sig om man hade fått den hjälpen faktiskt. Faktisk tror jag det. (Gustav)

Vore skönt att bara kunna dra iväg ett sms eller någonting. (Martina)

Du söker hjälp och så får du tiderna och så går du inte på dom tiderna. [...] Men då kanske man kan följa upp, du får en sms-påminnelse. Men kanske någon utökning av det. (Ove)

Vi kan konstatera att den psykiska ohälsan kan göra det problematiskt för individen att uppsöka vård på grund av att vägen dit är krånglig och tillgången begränsad. Vad som är problematiskt skiljer sig åt mellan respondenterna beroende på deras situation men andra vägar hade varit behjälpligt. Vi har inte hittat forskning som generellt undersöker det praktiska hjälpsökandet. Men forskningens konstaterande och respondenternas positiva inställning till internetbaserat hjälpsökande är liknande. Ett exempel på det är den franska studie av Younes et al. (2015) som skriver om internet som ett komplement till övrig vård.

Forsell och Hansson (2001:26) konstaterar i sin studie om den psykiska hälsan i Stockholms län att hjälpsökandet står i relation till vilken kontext individen befinner sig i. Utifrån det konstaterandet kan vi förstå behovet av andra vägar till psykiatrin. Ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv skapar vi vår egen verklighet (Wenneberg (2010:10f.) vilket gör att våra behov är i ständig förändring. Konflikten mellan de sätt som finns och respondenternas faktiska behov kan förklaras med att de är utformade utifrån olika kontexter, det vill säga konstruerade verkligheter.

Omgivningens bemötande av psykisk ohälsa

Omgivningens roll har tagit stor plats i empirin. Materialet visar både skillnader och likheter i upplevelser och attityder från omgivningen inför respondentens problematik. De likheter som finns är det relativt positiva bemötande varje individ fått efter att respondenten berättat om sin problematik för närstående. Reaktionerna har bestått av nyfikenhet, förvåning och respondenten har i efterhand upplevt att de blivit stöttade. Det finns ett undantag där en anhörig valde att ta avstånd från hen på grund av respondentens psykiska ohälsa.

Dom blev ganska förvånade men dom blev ganska förvånade men dom visste ju att jag inte mådde bra alltid men liksom dom blev väl förvånade för att jag inte berättade det bara. [...] Så ja, stöttande. (Magdalena)

Materialet visar att attityderna förändras under kontakten med vården. Det gäller både den som söker vård och dess anhöriga. Innan kontakt med vården uppger två av respondenterna att de blivit bemötta med nonchalans och blivit avvisade av anhöriga de anförtrott sig till. Konsekvensen har blivit att individen har upplevt det som svårare att söka hjälp. Majoriteten av de positiva reaktionerna kom efter att de fått vård vilket kan tolkas med att omgivningen har lättare för att erkänna problematiken efter att vården är inkopplad. Det är efter en längre vårdkontakt och psykiska ohälsan har blivit bekräftad som respondenten väljer att vara mer öppen för allmänheten.

Material visar att majoriteten av respondenterna har fått ett positivt bemötande från omgivningen. Trots det känner respondenterna osäkerhet inför erkännandet av den psykiska ohälsan. Ofta tar det lång tid från att respondenten själv blir varse sin problematik till att individen är redo att vara öppen för sin omgivning. Enligt Goffman krävs det en mognadsprocess för att vara misskrediterad vilket betyder att en vågar visa sitt stigma för andra. I samband med att respondenterna under intervjun berättat om sin öppna inställning konstaterar de att det inte är fel att söka hjälp och att de inte skäms för andra längre. Tidigt i processen mot att söka vård är det flera av respondenterna som har velat vara misskreditabla, de har alltså velat dölja sin psykiska ohälsa för omgivningen för att inte visa sitt stigma (Goffman 2011:51).

Men sen jag var inlagd första gången så har jag varit öppen om det. Lite för, att räcka finger åt de som inte trodde på mig när jag var yngre och för att jag inte skäms. (Martina)

Personerna med psykisk ohälsa har främst valt att berätta om sin situation för familj eller nära anhöriga. Flera forskningar visar liknande resultat (Dyrbye et al. 2015:962, Forsell & Hansson 2001:18). Respondenterna har upplevt att det varit en naturlig väg att berätta för en närstående om problematiken.

Mina problem rörde henne kan man säga så det var väldigt naturligt att prata med henne om det. (Julius)

Det är lättare för en person med psykisk ohälsa att vara öppen om sitt mående för någon som har haft liknande upplevelser. Majoriteten av de respondenter som vi intervjuat från

Fontänhuset beskriver att de kan vara mer öppna på Fontänhuset på grund av att alla har eller har haft psykisk ohälsa. Andra har uppgett att de använt sig av Internet för att komma i kontakt med människor med samma problematik och då upplevt att de själva kan vara öppnare. Att komma i kontakt med andra som har eller har haft liknande problematik upplevs som väldigt positivt under ett hjälpsökande eftersom personen då inte känner sig lika ensam och avvikande.

Om jag har en likasinnad i den mottagande änden så är det lättare för mig att erkänna att det här och det här går och tänkte på så här känns det och den här reaktionen får jag från andra för då vet jag att den som sitter i den mottagande änden antagligen upplevt samma sak [...] om jag inte vet att det är en likasinnad och det finns ju alltid det här elementet av rädsla kommer den här personen tro mig eller kommer den avfärda mig (Martina)

Det kan förstås ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv där det finns olika omständigheter där sociala konstruktioner förekommer och konstruerar vilka föreställningar och förväntningar en har (Sohlberg & Sohlberg 2013:273). När våra respondenter mött människor med liknande erfarenhet förändras individens omständigheter genom omgivningens föreställningar om psykisk ohälsa. Det påverkar i sin tur de normativa förväntningarna på respondenten som uppstår från omgivningen. Psykisk ohälsa ses inte som avvikande på samma sätt i en miljö med människor med liknande problematik vilket gör att individen inte blir stigmatiserad på grund av den psykiska ohälsan (Goffman 2011:40).

Alla respondenter har någon gång under hjälpsökandet upplevt olika behov av att dölja sin problematik. Varför hen upplevt behovet går att kategorisera i två grupper. En del svarar att det är på grund av egna fördomar om vad omgivningen ska tänka och tycka medan andra menar att det bara är på grund av omgivningen.

Jag var så osäker och tänkte att jag inte klarar av saker och ting så ville väl jag dölja det [psykisk ohälsa, författarnas kommentar] för folk. (Magdalena)

Det har inte varit att jag velat hålla det [psykisk ohälsa, författarnas kommentar] för mig själv utan det har varit på grund av att jag känt en sån stor press från andra...(Louise)

Även om personen själv uppger att den bakomliggande orsaken är individens egna fördomar så spelar samhället en central roll. Enligt Goffmans (2011) teori om stigma är det tydligt att individens egna fördomar har sin grund i motpartens förväntan. Genom att dölja problematiken har en möjlighet att undvika en oönskad stigmatisering (Goffman 2011:84). En önskan om att dölja sin problematik utifrån sina egna förväntningar kan också förklaras med att dessa personer vill upprätthålla en fasad. Individen har en bild av rollen de vill spela i det dagliga skådespeleri som äger rum. En väljer att upprätthålla en fasad för att åskådarens mottagande ska bli som hen önskar (Goffman 2014:28). De respondenter som uppger att de känt ett behov av att dölja sin psykiska ohälsa på grund av omgivningen visar en medvetenhet om samhällets påverkan. Det finns en normativ förväntan där det avvikande blir stigmatiserat. De är medvetna om den sociala interaktionens innebörd där de medvetet väljer att upprätthålla en roll. De bakomliggande orsakerna till det upplevda behovet står i samband med individens självbild. Dels påverkas självbilden av att det är svårt för individen att acceptera problematiken och dels behovet av hjälp eftersom det inte överensstämmer med den självbild som individen har. Självbilden är konstruerad av samhället där vi i tysta överenskommelser har skapat en normativ bild av hur en person bör vara (Wenneberg (2010:10f.).

Asså det gjorde mig skräckslagen en gång liksom att folk kan säga att du är såhär, men är jag det verkligen, jag fick verkligen, är jag så verkligen. (Louise)

Goffman (2014:35) liknar det med ett rollspel där han beskriver åskådarens centrala roll i aktörens agerande. Rollen en väljer att spela har sin grund i hur en vill bli sedda av sin publik i det här fallet omgivningen. Publikens bemötande är bekräftelsen på agerandet. Får vi ett önskvärt och positivt bemötande av åskådaren, bekräftas rollen som individen spelar och interaktionen återskapar det normativa agerandet som blir individens önskade självbild. Respondenternas känsla av att det finns ett behov att undanhålla sin psykiska ohälsa behövs inte eftersom bemötandet som respondenten generellt sätt fått varit stöttande och positivt.

Majoriteten av respondenterna har beskrivit upplevelser av skam. En respondent berättar att han upplever det enklare att söka hjälp för somatiska sjukdomar än för psykiska eftersom det är mer legitimt att gå till en läkare än till en psykolog. En annan berättar att hon tog sina tabletter på toaletten och ljög när hon skulle till psykologen för att det kändes pinsamt. Empirin visar att förutfattade meningar om vård och psykisk ohälsa påverkar den

hjälpökande markant och för dem längre från vården.

Jag hade behövt prata med någon när jag gick på högstadiet tror jag men att det fanns liksom en stämpel på att dom som pratar med kuratorerna är konstiga eller någonting. (Julius)

A: Hur tror du att de här förutfattade meningarna som du pratar om, hur tror du att det påverkar dig i processen mot hjälpökandet?

R: Ja, jättemycket. Jättemycket. För det är någonting, om man inte kan berätta måste man ju hemlighålla det. (Ove)

Omgivningens attityd till psykisk ohälsa har betydelse för både individens känslomässiga tillstånd under processen samt i vilket skede personen tagit kontakt med vården. Konsekvensen av omgivningens attityd leder till både positivt och negativt handlande. Respondenterna själva beskriver att beroende på om omgivningens attityd mot vården är positiv eller negativ influerar det dem till att söka vård tidigare respektive senare. Henderson, Evans-Lacko och Thornicroft (2013) bekräftar att medvetenhet hos omgivningen om psykisk ohälsa bidrar till positiva effekter hos den hjälpökande.

Fontänhusets roll

Vi har sett ett framträdande mönster bland alla fem respondenter från Fontänhuset. Vi har inte ställt någon intervjufråga om hur Fontänhuset har tillgodosett deras behov under hjälpökandet men alla fem respondenterna har tagit upp betydelsen av att ett ställe som Fontänhuset finns. Flera anser att de skulle må sämre utan att ha Fontänhuset att gå till för stöd och aktivering. Eftersom alla lyft fram Fontänhuset känns det extra viktigt att lägga fokus på att det är ett behov respondenterna behöver som vården inte tillgodoser.

Där är ingen som, inte som här till exempel på Fontänhuset. Om man inte kommer dit på ett tag utan förklaring då ringer de och frågar hur det är med en och att så. Den approachen har de verkligen inte i slutenvården eller i psykiatrin överhuvudtaget. (Martina)

Jag berättar inte så jättemycket för dom för att dom har sina problem så jag vill inte lägga mer problem på dom. Så därför blir det mycket att jag lever i min lilla box och det är därför jag tycker att Fontänhuset är så bra för att här har jag fått så många vänner som jag kan prata med. (Gustav)

Nu har jag ju haft Fontänhuset att gå till så det har ju varit okej. Lite jobbigt men hade jag inte haft Fontänhuset så hade det ju varit betydligt mer ensamt. Så hade det nog varit jobbigare. Asså i det här med att prata med någon. Här är det ju socionomer här som man kan prata med. (Magdalena)

Många har känt att de inte har fått sina behov tillgodosedda från vården utan har sökt det på annat håll. Genom att ha ett Fontänhus att gå till så har respondenterna mått bättre och de känner att det är där stödet och gemenskapen finns. De uttrycker att de kan gå dit och prata och vara sig själva för att människorna där förstår dem. Utifrån Goffman kan vi förstå det genom att det inte är lika stigmatiserade på ett ställe där människor vistas på lika villkor. Att vara i en social gemenskap skapar hälsosamma faktorer och utan dessa finns en större risk för depression och oro (Goffman 2011:20f.). Goffman menar vidare att den stigmatiserade individen upplever en oro om vad den andra individen tänker och tycker om en. I en miljö där människorna har en liknande bakgrund upphävs stigmatiseringen (Goffman 2011:22f.).

Respondenterna har upplevt att på Fontänhuset finns det likasinnade som är bra på att bemöta folk och att lyssna. Utifrån Goffmans tankar om rollteori kan vi förstå det genom att den fasad som respondenterna annars känner att de måste upprätthålla i sina framträdande i andra sociala sammanhang behöver de inte använda sig av där. Inom socialkonstruktivismen kan det ses som att beteendet och agerandet redan är förutbestämt inom de ramar för vad som är normalt. Respondenterna uttrycker att psykisk ohälsa ses som tabu och alla har någon gång känt att de inte kan prata om sin problematik. Samhället gör att alla personer lever med den roll de har blivit tilldelad i sin omgivning eller som rollteorin beskriver begreppet, team. När rollen i ett team är bestämd så är det svårt att bryta sig loss från den, vilket vi kan se tyder på att respondenterna har svårt att bryta sig loss från i omgivningen eller att kasta om de rollerna (Goffman 2014:167ff.). Alla på Fontänhuset har haft psykisk ohälsa någon gång vilket gör att det finns en acceptans i huset. Även om en har något psykiskt hinder så betyder det att en kan vara delaktig. Genom att komma till Fontänhuset så bryter en sig loss från rollerna som en tidigare känt att en måste upprätthålla.

7. Avslutande diskussion

I kapitlet kommer vi diskutera om resultatet vi har presenterat. Vi kommer inleda med en kortare sammanfattning av studien och dess huvudpoänger. Vidare diskuteras vilka förbättringar som kan göras i processen till att söka vård vid psykisk ohälsa.

Syftet med uppsatsen var att beskriva och analysera processen av ett vårdsökande vid psykisk ohälsa. Utifrån det utformade vi frågor som vi ville besvara med hjälp av materialet. Vi använde oss av kvalitativ metod och undersökningen bestod av sex semistrukturerade intervjuer. Med materialet har det konstaterats att erfarenheterna av att söka vård skiljer sig åt men medför nästan alltid negativa känslor. Vi har kunnat utläsa att det finns behov hos den hjälpsökande som inte blir uppfyllda. Behoven skulle kunna tillgodoses genom att skapa andra sätt att ta kontakt med vården. Bemötandet av den psykiska ohälsan har skiljt sig åt från individ till individ men anhöriga har generellt sätt bemött problematiken bra. Det negativa bemötandet kommer nästan alltid från vårdpersonal och är en källa till missnöje som respondenterna uttryck om hjälpsökandet. Vi anser att frågeställningarna har blivit besvarade utifrån materialet.

Vi har konstaterat att processen mot vården har brister som bland annat beror på utformningen av vården. Det finns ett övergripande missnöje från respondenterna och en problematik som växer i Sverige vid psykisk ohälsa (Folkhälsomyndigheten 2014:67). Hur skulle en förbättring kunna se ut? Det finns ett behov av att bli sedd och accepterad både från omgivningen och av anhöriga. En person med psykisk ohälsa känner oro för att vara öppen om sin problematik. En oro som det i efterhand inte har funnits belägg för eftersom de inte upplevt något negativt genom att vara öppen om sin situation. En åtgärd för att skapa en större acceptans i samhället är att arbeta mot den stigmatisering som finns i samhället om psykisk ohälsa. För att nå dit behöver samhällets sociala konstruktioner förändras så att psykisk ohälsa inte uppfattas som negativt avvikande. Att nå dit är möjligt men det krävs en ökad förståelse och kunskap. För att öka normaliseringen av psykisk ohälsa är det viktigt att samhället och individen har en öppen inställning till problematiken. Därför blir det paradoxalt för de personer som lider av psykisk ohälsa och känner en oro inför att tala öppet om sin problematik. Det kan vara en möjlig förklaring till att psykisk ohälsa fortfarande stigmatiseras och upprätthålls.

Ett annat problem är den ensamhet som den hjälpsökande upplever under processen med att söka vård. Respondenterna beskriver själva en möjlig åtgärd för detta. Genom att möta människor som befinner sig i liknande situationer upplever de en lättnad och minskad ensamhet. Det skulle vara fördelaktigt för individen att få en kontaktperson tilldelad under vårdprocessen. Genom att ha kontinuerlig kontakt med en person under hela processen skulle den sökande få ökat stöd och det egna ansvaret skulle inte bli lika stort. En kontaktperson skulle vara till hjälp för de personer som upplever svårigheter med praktiska detaljer som bokning av tider, möten och liknande. Denna person skulle vara individens vägledning fram till vården och stötta upp på de områden som påverkar individen till att inte söka hjälp.

En kontaktperson och vägvisare tillgodoser dock inte alla behov hos den hjälpsökande. De personer som upplever det praktiska hjälpsökandet som ett problem kvarstår. Vården behöver finnas lättare tillgänglig för dessa personer. Vården behöver möta individerna utifrån deras kapacitet och i den miljö de befinner sig i. Utifrån materialet och det som tidigare forskare kommit fram till anser vi att Internet och mobiltelefonen skulle föra vården närmare de personer som begränsas av sin problematik. Samhället håller på att digitaliseras vilket gör att det kan finnas en växande ovana att prata ansikte mot ansikte. Kanske skulle dessa potentiella åtgärder kunna kombineras för att underlätta hjälpsökandet ytterligare. Genom att individen har en samtalskontakt via Internet eller telefonen skulle rådgivning och stöd finnas nära till hands baserat på när individen upplever ett behov av det. Övertygelsen om att Internet skulle vara ett redskap med positiva effekter under hjälpsökandet har förstärkts under undersökningen. Trots det har vi fått insikt om att det inte är en metod som skulle passa alla som lider av psykisk ohälsa. Det finns de som efterfrågar snabbare och enklare lösningar för en vårdkontakt men samtidigt ställer de sig negativa till att vårdkontakten skulle skötas digitalt. Internet kan uppfattas som opersonligt och gör att en del av kommunikationen faller bort då Internet inte ger utrymme för kroppsspråk, betoningar m.m. Insikten om dessa skilda åsikter gör att vi tror på Internet som ett komplement istället för ersättning.

Svårigheterna som finns i ett hjälpsökande vid psykisk ohälsa tror vi skulle kunna minskas genom att investera mer resurser i den befintliga vården. En bakomliggande faktor är den ökade belastning som vården ställs inför på grund av att den psykiska ohälsan stiger. Med ökade resurser skulle vården kunna anställa fler, väntetiderna kan kortas ner och vårdpersonalen skulle ha mer tid för varje klient. Den nonchalans som påverkat respondenterna negativt skulle kunna motarbetas. Vården skulle kunna förbättra processen

genom tydligare marknadsföring och mer information. Idag finns en ovisshet om vart du ska vända dig för hjälp och mer information om psykisk ohälsa. Genom undersökningen har vi fått en ökad insikt om de problemen med att söka vård vid upplevd psykisk ohälsa. Vi har fått en ökad förståelse för det växande samhällsproblemet och vad det innebär för de som söker hjälp.

Valet av att använda oss av Julius som respondent är något vi genomgående har reflekterat över under arbetets gång. Vi har tidigare skrivit att Julius svar skilt sig från övriga respondenters svar vilket vi anser har gett en djupare förståelse för området. Anledningen till att han haft en annan inställning kan vara att han befunnit sig i en annan kontext eller befunnit sig i ett annat skede av återhämtningsprocessen. En annan faktor som skiljer honom från övriga respondenter är vilken vårdkontakt han varit i kontakt med. Han har till skillnad från övriga respondenter inte fått hjälp via slutenvården eller haft en akut problematik. Därför har vi reflekterat över om Julius inställning visar att den psykiatriska vården är bättre anpassad efter individens behov vid lättare problematik än vid akuta. Vi har också funderat på om resultatet hade blivit annorlunda om vi valt att endast använda oss av respondenter från Fontänhuset. Vi hade fått en djupare förståelse för de personer som går till Fontänhuset om vi haft möjlighet att hitta en till respondent där ifrån. Vi tror däremot inte att den skilda kontext som Julius befinner sig i påverkar helheten av resultatet eftersom det övriga materialet haft tydliga likheter.

Vi har valt att inte ställa frågor som rör respondentens bakgrund till hjälpsökandet eller hur respondenten mår idag. Det gör att alla respondenter haft skilda förutsättningar under vårdprocessen och för återberättandet av den. Vården bör vara anpassad för alla oavsett problematik. Det skulle kunna vara ett avstamp för framtida studier. Att undersöka en specifik målgrupp med samma problematik skulle skapa ökad förståelsen av området. Eftersom vi anser att Internet kan vara ett hjälpmedel i processen till att söka vård skulle det vara intressant att undersöka hur det används och upplevs idag. Är det lika fördelaktigt i praktiken?

Referenser

- Ahrne, Göran & Peter Svensson (2011) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.
- Alvehus, Johan (2014) *Skriva uppsats med kvalitativ metod: En handbok*. Stockholm: Liber.
- Best, Paul, Roger Manktelow & Brian J Taylor (2016) Social Work and Social Media: Online Help-Seeking and the Mental Well-Being of Adolescent Males. *British Journal of Social Work*, 46(1), pp. 257-276 20p.
- Biddle, Lucy, David Gunnell, Debbie Sharp & Jenny L Donovan (2004) Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: a cross-sectional survey in *British Journal of General Practice* (2004) 54, 248-253.
- Bradford, Sally & Debra Rickwood (2015) Young people's views on electronic mental health assessment: Prefer to type than talk? *Journal of Child and Family Studies*, 24(5), pp. 1213-1221.
- Bryman, Alan (2013) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.
- Burr, Vivien (2015) *Social constructionism*. (3. uppl.) London: Routledge.
- Croona, Gill (2011) *Bemötandeproblematiken i vården - hur kan vi förstå den?* Vårdfokus, 9 [https://www.vardforbundet.se/Documents/V%C3%A5rdfokus/Gill%20Croona%20bem%C3%B6tande.pdf Hämtat:2016-04-01]
- Dyrbye, Liselotte N, Anne Eacker, Steven J Durning, Chantal Brazeau, Christine Moutier, Stanford F Massie, Daniel Satele, Jeff A Sloan & Tait D Shanafelt (2015) The Impact of Stigma and Personal Experiences on the Help-Seeking Behaviors of Medical Students With Burnout. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 90(7), pp. 961-969.
- Eklund, Anna-Karin (2003) *Kvalitetskrav för vård, stöd och service till personer med psykisk sjukdom*. Vårdförbundet. [https://www.vardforbundet.se/Documents/Rapporter/Nationella/Kvalitetskrav%20f%C3%B6r%20vård,%20stöd%20och%20service%20till%20personer%20med%20psykisk%20sjukdom_0611.pdf Hämtat: 2016-03-16]
- Eriksson-Zetterquist, Ulla & Göran Ahrne (2011) *Intervjuer*. Ingår i: Ahrne, Göran & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber AB.
- European Mission (2010) Mental health. Special Eurobarometer 345/Wave 73.2 – *TNS Opinion & Social*

- Findahl, Olle (2011) *Svenskarna och Internet 2011*. Internetstatistik.se.
[<http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:470558/FULLTEXT01.pdf>
Hämtat: 2016-03-04]
- Folkhälsomyndigheten (2014) *Folkhälsan i Sverige årsrapport*. Folkhälsomyndigheten.
[<https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/17825/Folkhalsan-i-Sverige-arsrapport-2014.pdf> Hämtat: 2016-03-14]
- Fountain House (2015) Who We Are.
[<http://www.fountainhouse.org/about> Hämtat:2016-06-02]
- Forsell, Yvonne & Christina Hansson (2001) *Psykisk ohälsa och behandlingsbehov ur ett befolkningsperspektiv*. Samhällsmedicin. Psykiatrisk Epidemiologi. 2001:2.
- Frost, Mareka & Leanne Casey (2015) Who seeks help online for self-injury? *Archives of Suicide Research*, (just-accepted).
- Goffman, Erving (2011) *Stigma: den avvikandes roll och identitet*. (4. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Goffman, Erving (2014). *Jaget och maskerna. En studie i vardagslivets dramatik*. (6. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Henderson, Claire, Sara Evans-Lacko & Graham Thornicroft (2013) Mental Illness Stigma, Help Seeking, and Public Health Programs. *American Journal of Public Health*, vol. 103, no. 5, pp. 777-780 4p.
- Jönson, Håkan (2010). *Sociala problem som perspektiv. En ansats för forskning och socialt arbete*. Malmö: Liber.
- May, Tim (2001) *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Mesidor, Jean K & Kaye F Sly (2014) Mental Health Help-Seeking Intentions among International and African American College Students: An Application of the Theory of Planned Behavior. *Journal of International Students*, 4(2), pp. 137-149.
- Payne, Malcolm (2015) *Modern teoribildning i socialt arbete*. (3. uppl.) Stockholm: Natur & kultur.
- Region Skåne (2015) Söka psykiatrisk vård.
[<http://www.1177.se/Skane/Tema/Psykisk-halsa/Soka-var-d-och-hjalp/Soka-var-d/bbbb/>. Hämtat: 2016-05-10]
- Rickwood, Debra, Frank P Deane, Coralie J Wilson & Joseph Ciarrochi (2005) Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-journal for the Advancement of Mental health*, 4(3), pp. 218-251.

- Rickwood, Debra, Frank P Deane & Coralie J Wilson (2007) When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Journal of Australia*, 187(7), pp. S35.
- Socialstyrelsen (2013a) *Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till barn och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. Socialstyrelsen.
[<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19109/2013-5-43.pdf> Hämtat: 2016-03-04]
- Socialstyrelsen (2013b) *Rapport: Hälso-sjukvård*. Socialstyrelsen.
[https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-2-2/Documents/2013-2-2_Halso-ochsjukvard.pdf Hämtat: 2016-03-15]
- Sohlberg, Britt-Marie, Peter Sohlberg (2013) *Kunskapens former* (3.1 uppl.) Stockholm: Liber.
- Svensson, Peter (2011) *Teorins roll i Kvalitativ forskning*. Ingår i: Ahrne, Göran & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber AB.
- Sydsvenskan (2016) Regionråd öppnar för ändring.
[<http://www.sydsvenskan.se/2016-05-02/regionrad-oppnar-for-andring>. Hämtat: 2016-05-12]
- Vetenskapsrådet (2012) *Forskningsetiska principer*. Malmö. Elanders Gotab AB.
- Wenneberg, Søren B (2010) *Socialkonstruktivism : positioner, problem och perspektiv*. (2. uppl.) Malmö:Liber.
- Yap, Marie B H, Nicola J Reavley & Anthony F Jorm (2013) Associations between stigma and help-seeking intentions and beliefs: Findings from an Australian national survey of young people. *Psychiatry research*, 210, pp. 1154-1160.
- Younes, N, A Chollet, E Menard & M Melchior (2015) E-mental health care among young adults and help-seeking behaviors: a transversal study in a community sample. *Journal Of Medical Internet Research*, 17(5), pp. e123-e123.
- Zachrisson, Henrik D, Kjetil Rödje & Arnstein Mykletun (2006) Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. *BMC Public Health*, 6, pp. 34-34.
- Åsbring, Nina, Henrik Dal, Mikael Ohrling & Christina Dalman (2014) Var femte som besökte vårdcentral fick hjälp mot psykisk ohälsa. *Läkartidningen*, nr 41 (vol 111) pp. 1778.

Bilagor

Bilaga 1 - Informationsbrev



LUNDS
UNIVERSITET

Förfrågan om deltagande i en undersökning om processen av att söka vård för psykisk ohälsa.

Hej!

Vi heter Angelica Karlsson och Agnes Eriksson och är socionomstudenter vid Lunds universitet. Just nu läser vi på sjätte terminen och ska skriva vår c-uppsats och söker personer att intervjua till vår undersökning.

Syftet med vår undersökning är att ta reda på unga vuxnas erfarenheter av att söka vård för psykisk ohälsa och hur processen dit såg ut. Vi vill veta hur en första kontakt gått till, vilka känslor det för med sig att söka vård och hur du ser på dina erfarenheter i efterhand. I vår intervju kommer vi att lägga fokus på själva processen att söka vård och inte själva problematiken till varför en söker sig till vården.

Tidigare forskning har visat på att den första kontakten och bemötandet från de professionella inom vården bidra till hur positiva resultat fortsatt behandlingen får. Vi tycker därför att det är viktigt att undersöka hur den första processen i att söka vård har upplevts.

För att utföra undersökningen behöver vi 6-7 intervjupersoner i åldrarna 20-35 och intervjun förväntas ta mellan 30-40 minuter och kommer att äga rum under vecka 14-16. Under intervjun kommer vi att ställa frågor som rör dina erfarenheter av att ta kontakt med vården men du väljer själv vad du vill svara på och inte. Som intervjuare har vi tystnadsplikt och du som intervjuperson kommer att vara anonym och avidentifieras i uppsatsen. Den information som kommer ur intervju kommer heller inte att användas i något annat syfte än att besvara uppsatsens frågeställningar.

Deltagandet i undersökningen är helt frivilligt, detta innebär att du kan avbryta intervjun när du vill. Har du övriga frågor så är du välkommen att kontakta oss.

Ditt deltagande skulle vara till stor hjälp för oss!

Agnes Eriksson

soc13aer@student.lu.se
076-043 95 65

Angelica Karlsson

soc13aka@student.lu.se
070-35 88 624

Handledare

Anneli Nielsen
anneli.nielsen@soch.lu.se
046 - 222 94 04

Intresserad av att delta? Fyll i informationen så kontaktar vi dig för att boka en tid!

Namn: _____

Ålder: _____

Mejl: _____

Telefonnummer: _____

Jag samtycker till att delta i denna undersökning samt att materialet spelas in:

Ort och datum: _____

Underskrift: _____

Bilaga 2 - Intervjuguide

Presentation

- Berätta om studien och hur intervjun kommer att struktureras upp med hjälp av teman
- Informera om anonymitet
- Att vi kommer att spela in intervjun och varför
- Att det finns möjlighet att avbryta när personen vill
- Intervjun kommer vara 30-40 min

Praktiskt

- Hur lång tid tog det från att du började må dåligt till att du berättade för någon?
- Vem tog första kontakten?
- Blev du placerad i kö/hur länge?
- På vilket sätt startade kontakten, telefon/mail/remiss?
- Tid från kontakt till möte?
- Vilken vård/ hjälp kom du först i kontakt med, varför?

Känslor

- Vilka känslor upplevde du inför att ta en kontakt med vården?
- Vilka känslor upplevde du under processen?
- Vad tror du att dessa känslor grundar sig i?
- Vilka känslor upplever du nu i efterhand?

Bemötande

- Hur upplevde du omgivningens bemötande omkring dig?
- Vad fick du för bemötande av din vårdkontakt?
- Beskriv i ett drömscenario hur du skulle vilja bli bemött?

- Vilka känslor upplevde du inom dig av bemötandet?
- Vilka konsekvenser anser du uppkom av personalens bemötande?
- Om du tänker på människor i din omgivning, hur tror du att de ser på en person med psykisk ohälsa? ex) familj och vänner

Konkret hjälp

- Efter din första kontakt vilket stöd och uppföljning fick du?

Alternativa metoder

- Tror du att andra metoder för att komma i kontakt med vården skulle varit till en hjälp för dig exempelvis internet, chattforum och mailkontakt? Om ja, hur? Om nej, varför?
- Tror du att du skulle tagit kontakt med vården i ett annat skede andra metoder för att komma i kontakt med vården? Om ja, hur? Om nej, varför?
- Tänk dig in i det scenario du befann dig i inför ditt hjälpsökande, hur skulle ett drömscenario se ut av att sök vård?
- Vad skulle kunna hjälpa dig under din process/ vad upplevde du att du hade för behov i och under hjälpsökandet?
- Utifrån dina erfarenheter, tror du att det behövs andra metoder eller komplement under den hjälpsökande processen?

Betydelse för fortsatt behandling

- Hur tror du att din första kontakt/ att söka vård påverkade dig långsiktigt?
- Om du ser på din process i helhet nu i efterhand, vad väcker det för tankar eller åsikter hos dig?
- Vad tar du med dig för erfarenheter av ditt första hjälpsökande?