



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Närståendes erfarenheter av den psykiatriska sjukvården

En litteraturstudie

Författare: Emma Elgán & Sofie Gustafsson

Handledare: Sigrid Stjernswärd

Kandidatuppsats

Våren 2016

Lunds Universitet

Medicinska fakulteten

Nämnden för omvårdnadsutbildning

Box 157, 221 00 LUND

Närståendes erfarenheter av den psykiatriska sjukvården

En litteraturstudie

Författare: Emma Elgán & Sofie Gustafsson

Handledare: Sigrid Stjernswärd

Kandidatuppsats

Våren 2016

Abstrakt

Psykiska sjukdomar är ett globalt problem och räknas idag som ett av de stora folkhälsoproblemen. Idag lever 38,2% av Europas befolkning med psykisk ohälsa och det är inte bara personen med psykisk sjukdom som berörs utan även personens närstående. Studien genomfördes som en litteraturstudie vars syfte var att ta del av den forskning som har undersökt närståendes erfarenheter av den psykiatriska sjukvården. Detta gjordes med hjälp av vetenskapliga artiklar gjorda utifrån en kvalitativ studiedesign. Utifrån en integrerad analys identifierades tre olika teman vilket utgör studiens resultat. De tre olika teman var: otillräcklig information och delaktighet, bristande tillgänglighet och stöd samt otillräckligt engagemang av vårdpersonalen. Det krävs en förändring inom sjukvården för att närståendes behov ska tillfredställas.

Nyckelord

Närstående, erfarenheter, psykiatri, litteraturstudie

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Nämnden för omvårdnadsutbildning

Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Introduktion..... | 4 |
| Problemområde..... | 4 |
| Bakgrund..... | 5 |
| Vad är psykisk ohälsa?..... | 5 |
| Teoretisk referensram..... | 5 |
| Närståendes roll i omvårdnaden..... | 6 |
| Sjuksköterskans ansvar..... | 7 |
| Syfte..... | 8 |
| Metod..... | 8 |
| Urval..... | 9 |
| Datainsamling..... | 9 |
| Sökschema..... | 10 |
| Dataanalys..... | 11 |
| Forskningsetiska avvägningar..... | 12 |
| Resultat..... | 12 |
| Otillräcklig information och delaktighet..... | 12 |
| Bristande tillgänglighet och stöd..... | 14 |
| Otillräckligt engagemang av vårdpersonal..... | 16 |
| Diskussion..... | 17 |
| Diskussion av vald metod..... | 17 |
| Diskussion av framtaget resultat..... | 18 |
| Slutsats och kliniska implikationer..... | 21 |
| Referenser..... | 23 |

Introduktion

Problemområde

Psykisk ohälsa räknas idag som ett av de stora folkhälsoproblemen. Allt fler vårdas på sjukhus för depression eller ångest och andelen suicidförsök bland unga i Sverige har ökat dramatiskt (Skärsäter, 2014). I Wittchens et al. (2011) studie framgår det att upp till 38.2% av Europas befolkning lider av någon form av psykisk ohälsa. Psykiska sjukdomar är ett globalt problem som orsakar många förlorade år som följd och det är inte bara den som insjuknat i psykisk ohälsa som är drabbad, utan även de närstående (Kessler et al., 2011; Ottosson, 2015;). Långvarig psykisk ohälsa hos en person innebär också långvarig påfrestning för familj och andra närstående. Oro, bekymmer, ansvar och bördor är känslor som närstående till en person med psykisk sjukdom beskriver och mår den närstående inte bra finns det en risk att denne inte heller orkar stötta och vårda personen som personen behöver (Sjöblom, Wiberg, Pejler & Asplund, 2008; Socialstyrelsen, 2010). Detta kan leda till att de närstående till den sjuka personen själva drabbas av psykisk ohälsa som till exempel sömnstörningar och ångest (Socialstyrelsen, 2010).

Det har visat sig att närstående spelar en stor roll i vårdandet av en person med psykisk sjukdom och att vara involverad i vårdandet hjälper också dem att hantera situationen (Socialstyrelsen, 2010). En ökad delaktighet i vårdandet gjorde att de närstående kände sig mindre maktlösa och mindre socialt isolerade. Flera studier (Jakobsen & Severinsson, 2006; Sjöblom et al., 2008) har dock visat att många närstående upplever bristande stöd och delaktighet i professionell vård och omsorg och genom att i denna studie lyfta fram den psykiatriska sjukvården utifrån ett närståendeperspektiv kan det gynna vårdandet både för patienten med psykisk sjukdom men också för närstående och vårdpersonal. Lyckas de närståendes erfarenheter och känslor kring den omfattande situationen framföras kan förståelsen ökas vilket kan leda till ett ökat välbefinnande. Samtidigt som de närstående ses som en bra resurs i patientens vårdande och återhämtande kan också konflikter mellan vårdpersonal och närstående uppstå (Strand, Olin & Tidefors, 2015). I vissa fall kan de närstående ha en annorlunda syn på patientens behandling och inte vilja att vårdpersonalen ska styra över den.

Bakgrund

Vad är psykisk ohälsa?

Synen på psykisk ohälsa har varierat under olika tidsepoker och sättet att uppfatta och förklara psykisk ohälsa kan variera från olika samhällen (Herlofson, Ekselius, Lundh, Lundin, Mårtensson, Åsberg, 2010). Att uppnå en övergripande definition av psykisk sjukdom är därför en utmaning men enligt Johnstone (2001) definieras psykisk ohälsa som en påverkan på vårt kognitiva och emotionella liv med en inverkan på våra relationer som kan komma till uttryck i form av en kognitiv funktionsnedsättning, fobier, ångest, depression, drogrelaterade problem, posttraumatiskt stressyndrom, psykoser eller personlighetsstörning.

Psykisk sjukdom kan uppstå på två olika sätt, genom organisk/somatisk genes eller genom psykogenes (Ottosson, 2015). Organisk genes innebär att symtomen som visat sig har ett somatiskt underlag som kan röra sig om patologiska processer i nervvävnaden, till exempel en hjärnblödning, tumör, infektion, trauman eller på grund av en påverkan på hjärnan via blodet av till exempel alkohol, hypoxi eller endokrinopatier. Psykogenes är enligt Ottosson (2015) psykiska symtom som uppkommer som en reaktion av förhållanden i individens psykologiska och sociala miljö. Finns det en ärftlig orsak till den psykiska störningen kallas den endogenes, men om störningen inte kan påvisas av något av de ovanstående begreppen kallas det för kryptogenes (ibid.).

Behandlingsmetoderna inom psykiatri är också av två slag, somatisk terapi eller psykoterapi. Somatisk terapi innebär en behandling som försöker påverka hjärnans funktion eller struktur medan psykoterapi försöker påverka individens upplevelse och beteenden.

Teoretisk referensram

Eftersom psykiatri omfattar två kunskapsområden, ett biologiskt-socialt och ett psykologiskt-socialt har den också två vetenskapsteorier, ett naturvetenskapligt samt ett humanvetenskapligt (Ottosson, 2015). Den humanvetenskapliga teorin handlar om hermeneutik som har fokus på att förstå något och har sin utgångspunkt från människans tolkningar

(Kristensson, 2014; Ottosson, 2015). Det som försöks tolkas kan vara olika symboler, myter, texters innehåll eller att skapa teorier och metoder kring sin tolkning. Hermeneutikens syfte är att kunna förstå genom att söka efter mening i innebörden och den grundläggande frågeställningen är hur en förståelse nås rent metodologiskt samt vad det är som kännetecknar förståelse. Den naturvetenskapliga teorin har ett förhållningssätt som är mer objektcentrerat eftersom den delen av psykiatrin följer mer positivismens krav på objektivitet och mätbarhet (Ottosson, 2015).

Joyce Travelbee är en omvårdnadsteoretiker vars teori fokuserar på omvårdnadens mellanmänniska dimension (Kirkevold, 2014). Eftersom målet med studien var att undersöka utifrån ett närståendeperspektiv, har valet av artiklar valts ut med hjälp av Joyce Travelbees omvårdnadsteori då artiklar som fokuserar på närstående har använts i denna studie. Travelbee tar starkt avstånd från en generaliserande människosyn och hon anser att för att förstå vad omvårdnad är och bör vara måste en förståelse finnas om vad som sker mellan sjuksköterska och patient. Sjuksköterskan bör förstå hur samspelet mellan sjuksköterska och patient kan upplevas och vilken betydelse detta kan få för patienten och dennes tillstånd. Ur boken skriven av Kirkevold (2014) definieras Travelbees tankegångar kring omvårdnadsbegreppet *“omvårdnad är en mellanmännisklig process där den professionella omvårdningspraktiken hjälper en individ, en familj eller ett samhälle att förebygga eller bemästra upplevelser av sjukdom och lidande och, vid behov, att finna en mening i dessa upplevelser”* (s.130)

Valet av omvårdnadsteori baseras på att teorin utgår ifrån att alla människor är unika med olika tankar och erfarenheter. Det krävs att varje individ blir sedd och hörd eftersom situationer kan upplevas olika och därför bör även hänsyn tas till närståendeperspektivet.

Närståendes roll i omvårdnaden

I studier har det visat sig att närstående har en mycket betydande roll i vårdandet av patienten (Sjöblom et al., 2008). Enligt International Council of Nurses (2014) är definitionen för närstående och anhöriga: *“En social enhet bestående av medlemmar som knyts samman via släktskap, känslomässiga eller rättsliga band”* (s.13). Trots närståendes viktiga roll i vårdandet

har det framkommit att närstående till en person med psykisk sjukdom ofta känner en tung börda och att de beskyller sig själva för sjukdomen. Känslor som oro, skam, sorg och skuld uppkommer samt en upplevelse av utanförskap av vårdpersonalen vilket gör att de känner en mer bristande delaktighet inom omvårdnaden av sin närstående (Sjöblom et al., 2008). Jubb och Shanley (2002) fann i deras studie att undervisning och medgivande av information från sjukvårdspersonalen till familjer var otillräcklig och att vårdpersonalen ofta gav sekretess som en anledning för att inte givit ut tillräckligt med information om situationen. Den bristande informationen och delaktigheten av vårdandet ledde till frustration för de närstående och en känsla av att känna sig främmande för deras sjuka familjemedlem kunde uppstå.

Tidigare forskning (Skärsäter, 2014; Östman & Kjellin, 2002) har visat att närstående som lever med en person med psykisk sjukdom kan uppleva det som påfrestande och skamligt eftersom dagens samhälle uttrycker en negativ attityd för psykiska sjukdomar. Närstående kunde uppleva stigmatisering på grund av deras närståendes tillstånd vilket innebär en negativ känsla för individen som anser att den sjuka personen inte ses som normal av det omgivande samhället och förknippas ofta med utstötning (Skärsäter, 2014).

Sjuksköterskans ansvar

Sjuksköterskans främsta arbete är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (International Council of Nurses, 2014). Behovet av omvårdnad är universellt och omvårdnaden ska ges med respekt oavsett ålder, kultur, kön eller sexuell läggning. Som sjuksköterska ska det också visas lyhördhet, medkänsla, trovärdighet och integritet samt ska information som ska nå ut till patienten ges på ett anpassat sätt. Sjuksköterskan ska också främja arbete med närstående och fungera som en kommunikatör mellan dem, patienten och andra professioner (Berman & Snyder, 2012).

Enligt kompetensbeskrivningen av Svensk sjuksköterskeförening (2014) ansvarar specialistsjuksköterskor med inriktning psykiatrisk vård för *“såväl omvårdnadens kvalitet som*

utveckling, som för utformning och genomförande av vård och omvårdnad sker i samverkan med patienten, dennes närstående och andra vårdgivare” (s. 8)

Sjuksköterskan ansvarar för att bevara och ta vara på patientens och närståendes önskemål, behov, erfarenheter i vårdandets olika processer av patienten. Sjuksköterskan ansvarar också för att ge adekvat och relevant information och sjuksköterskan ska också kunna identifiera vad som krävs för att tillfredställa närstående och patientens behov. Som uppgift ska sjuksköterskan också ansvara för att observera, identifiera, bedöma samt förebygga och hantera situationer som kan riskera att skada patient, närstående eller en arbetskollega (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Som sjuksköterska kan det vara bra att veta att utifrån Socialtjänstlagen (SoL, SFS 2001:453) 5 Kap 10 § ska socialnämnden erbjuda stöd till de som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller som stödjer en närstående som har en funktionsnedsättning i syfte med att minska deras fysiska och psykiska belastning. Genom ett anhörigstöd kan de närstående få en förbättrad livssituation samtidigt som risken för att drabbas av ohälsa minskar (Socialstyrelsen, 2013). Exempel på anhörigstöd kan vara information om patientens sjukdom, olika hjälpmedel i hemmet, ekonomiskt stöd och olika former av samtal som kan ske individuellt eller i grupp (ibid.).

Syfte

Studiens syfte var att ta del av den forskning som har undersökt närståendes erfarenheter av den psykiatriska sjukvården.

Metod

Studien genomfördes som en litteraturstudie. En litteraturstudie är enligt Polit och Beck (2010) en kritisk sammanfattning av ett redan genomfört forskningsområde. Eftersom litteraturstudiens syfte ska ses utifrån ett närståendeperspektiv valdes artiklar med en kvalitativ studiedesign.

Kvalitativa intervjustudier ger en mer beskrivande bild av problemområdet och går mer in på djupet än vad en kvantitativa studier gör (Olsson & Sörensen, 2007).

Urval

Vetenskapliga artiklar söktes i databaserna PubMed och PsychInfo eftersom de innehåller en stor mängd omvårdnadsvetenskapliga referenser (Willman et al., 2011). För att få fram relevanta artiklar gjordes olika frsökningar med hjälp av sökorden *"carers experience"*, *"mental health professionals"*, *"involvement"*, *"family involvement"*, *"psychology"*, *"inpatient"*, *"family experience"*, *"mental illness"*, *"caregiver"*, *"feeling"*, *"relative"*, *"mental ill"*, *"family caregivers"*, *"barriers"*, *"parents perspective"*, *"needs support"* och *"psychiatric care"*.

En manuel sökning gjordes också på "Parents' experience of living with and caring for an adult son or daughter with schizophrenia at home in Ireland: a qualitative study".

Inklusionskriterierna var artiklar som handlade om närståendes erfarenheter och syn på den psykiatriska sjukvården. Studierna skulle handla om närstående till personer med psykisk sjukdom såsom affektiva symptom, ångest, tvångssyndrom, schizofreni, psykos, ätstörningar eller autismspektrumtillstånd. Artiklarna skulle också vara på svenska eller engelska.

Exklusionskriterier var artiklar som handlade om olika demenssjukdomar och detta beslut grundar sig på att den gruppen oftast påträffas inom andra vårdinstanser.

Datinsamling

För att hitta och få fram de artiklar som ansågs vara relevanta till studien lästes först rubrikerna för att sedan läsa och granska artiklarnas abstrakt och syfte. Därefter granskades artiklarna i helhet och det sågs till att de omfattade inklusions- och exklusionskriterierna som valts. På detta sätt valdes artiklar som inte var relevanta för studien bort. Artiklarna som valdes att användas till studien granskades sedan utifrån Willman et al. (2011) granskningsmodell för kvalitativ forskningsdesign. Enligt författarna kan granskningsmodellen stödja forskarna i sin granskning av studiernas vetenskapliga kvalitet. Modellen för den kvalitativa litteraturen fokuserar på studiens metodval, syfte, patientkaraktäristiska, kontext, urval, giltighet, kommunikation och huvudfynd.

Sökschema

| Databas | Sökord | Begränsningar | Antal träffar | Lästa abstract | Granskade artiklar | Valda artiklar |
|-----------|---|--------------------|---------------|----------------|--------------------|---|
| PsychInfo | "Relatives involvement in psychiatric care" | Inga avgränsningar | 95 | 2 | 1 | Jankovic, J., Yeeles, K., Katsakou, C., Amos, T., Morriss, R., Rose, D., Nichol, P., McCabe, R. & Priebe, S. (2011) |
| PsychInfo | "Carers experience" AND "mental health professionals" AND "involvement" | Inga avgränsningar | 36 | 5 | 1 | Cree, L., Brooks, L. H., Berzins, K., Fraser, C., Lovell, K. & Bee, P. (2015) |
| PsychInfo | "Family Involvement" AND "psychology" AND "inpatient" | Inga avgränsningar | 61 | 3 | 1 | Gerson, R., Davidson, L., Booty, A., Wong, C., McGlashan, T., Malespina, D., Pincus, A.H. & Corcoran, C. (2009) |
| Psychinfo | "Family caregivers" AND "barriers" AND "mental illness" | Inga avgränsningar | 69 | 3 | 1 | Rose, E. L., Mallinson, K. & Walton-Moss, B. (2004) |
| PsychInfo | "parents perspective" | Inga avgränsningar | 63 | 4 | 2 | Clarke, D. & Winsor, J. |

| | | | | | | |
|--------|--|---|-----|---|---|---|
| | AND "parents needs" AND "psychiatric care" | | | | | (2010) Scharer, K. (2002) |
| PubMed | "Family experience" AND "mental illness" AND "mental health services" AND "caregiver" | Inga avgränsningar | 135 | 4 | 2 | von Kardorff, E., Soltaninejad, A., Kamali, M. & Shahrbabaki, E. M. (2016) |
| PubMed | "Feeling" AND "relative" AND "mental ill" | Första sökningen gav 212 resultat. För att minimera antalet artiklar gjordes en avgränsning med sökning av artiklar publicerade under de senaste 10 åren | 91 | 3 | 2 | Hallam, L. (2007) Stjernswärd, S. & Östman, M. (2008) |

Data analys

För att analysera artiklarna och deras innehåll valdes att göra en integrerad analys vilket innebär att en sammanställning görs av resultatet från vetenskapliga artiklar (Kristensson, 2014). Den integrerade analysen gjordes i tre steg. I första steget lästes alla artiklar igenom för att få en förståelse och för att identifiera om det fanns skillnader och likheter i resultatet. I steg två identifierades olika kategorier som sammanfattade de valda artiklarnas resultat. I sista och tredje steget sammanställdes sedan resultatet i de olika kategorierna som sedan ligger till grund för resultatdelen.

Forskningsetiska avvägningar

Föreliggande litteraturstudie har granskat studier som samtliga genomgått etisk prövning. Det betyder att de granskade studierna har bedömts följa de etiska riktlinjer som finns för forskning, där människors upplevelser undersöks. Riktlinjerna har sin grund i FN:s deklaration om mänskliga rättigheter och i Helsingforsdeklarationen (Northern Nurses' Federation, 2003).

Forskningsetiska kommittéer bedömer att forskningen ska göra nytta för omvårdnaden eller för den grupp forskningen riktas till. Vidare ska forskaren ta hänsyn till deltagarnas integritet och att forskningen inte ska göra någon skada, studien ska därför vara väl genomtänkt och det ska också dokumenteras vilken nytta forskningen gör både för den enskilda individen och för samhället (Northern Nurses' Federation, 2003).

Resultat

Utifrån analys av valda studier kunde tre teman identifieras. Dessa teman presenteras i tabellen nedan och blev tillsammans grunden till resultatets innehåll. De valda artiklarna baseras på närstående till patienter med schizofreni, depression, psykos och affektiva sjukdomar.

| | |
|--------------|--|
| TEMAN | Otillräcklig information och delaktighet |
| | Bristande tillgänglighet och stöd |
| | Otillräckligt engagemang av vårdpersonal |

Otillräcklig information och delaktighet

Gemensamt i de granskade artiklarna framkom det tydligt att majoriteten av de närstående upplevde bristande information om patientens sjukdom, behandling, kommunala hjälpinsatser, sjukhusenheter samt att de inte blivit tillräckligt involverade i patientens vård (Clarke & Winsor,

2010; Cree et al., 2015; Gerson et al., 2009; Hallam, 2007; von Kardorff, Soltaninejad, Kamali & Eslami Shahrabaki, 2015; McAuliffe, O'Connor & Meagher, 2014; Scharer, 2002; Stjenswärd & Östman, 2008). Fick de närstående tillräckligt med information uttryckte de tacksamhet mot sjukvårdspersonalen eftersom dem hjälpte de närstående att förstå deras sjuka familjemedlems sjukdom och hur de skulle hjälpa personen (Clarke & Winsor, 2010; Gerson et al., 2009). Ett flertal föräldrar hade i Scharers (2002) studie bett om sitt barns journal eller någon form av sammanfattning för att få mer information om barnets diagnos, vilka prover och undersökningar som gjorts och vad sjukdomen innebar att ha och göra med eftersom de inte blivit tillräckligt informerade från början. En moder berättar att hon istället samlat all information hon kunde från internet och olika böcker (ibid.).

Eftersom föräldrarna ibland befann sig i kris kunde det påverka deras förmåga att komma ihåg och ta in information som sjukvårdspersonalen gav dem (Scharer, 2002). Föräldrarna önskade därför information i både verbal och skriftlig form där den verbala informationen gavs upprepade gånger och den skriftliga informationen i form av en aktuell bok där information fanns om olika telefonnummer om vem som kunde kontaktas vid behov, information om barnet och barnets sjukdom, kostnader för sjukvården och vad det är som väntar. Det är också vanligt att som närstående lägga på sig skulden och de är därför i behov av att höra att dem inte är orsaken till sjukdomen (ibid.).

I Jankovics et al. (2011) studie beskrev närstående som inte tidigare haft någon erfarenhet av den psykiatriska slutenvården och inte heller var bekanta med den psykiatriska organisationen att de inte visste vart de skulle vända sig och vem de skulle kontakta om deras närstående blev sjuk och professionell hjälp skulle behövas. Detta blev ett stort stressmoment för dem eftersom de var tvungna att ta hand om den sjuka samtidigt som de sökte efter hjälp. Problem lyftes också ofta fram som uppstod relaterat till sekretess och otillräcklig information. De förtstod att sekretessen var ett känsligt problem, skulle dock en god vård ges utav dem ansågs det att mer relevant information krävdes (ibid.).

Det var också vanligt förekommande att föräldrarna blev uteslutna från sitt barns vård så fort barnet blivit myndigt vilket upplevdes som en stor barriär i hjälpanDET i barnets vård (Stjernswärd & Östman, 2008). Närstående önskade gärna att få vara med och delta i vårdandet vilket innebär att de tillsammans med sjukvårdspersonalen också bygger upp en vårdplanering tillsammans med en ökad interaktion och deltagande av familjemedlemmar (Cree et al., 2015; Stjernswärd & Östman, 2008). I enighet upplevde närstående en negativ erfarenhet av delaktighet i en vårdplanering där en del inte ens visste om den existerade eftersom de aldrig sett en och andra redogjorde att de aldrig fått ta del av någon trots att de och vårdtagarna begärt en (Cree et al., 2015).

Av de närstående som fått ta del av en vårdplanering gavs det ingen positiv utvärdering. Vårdplaneringarna kändes meningslösa och det som dokumenterades i vårdplaneringen implementerades inte av sjukvårdspersonalen. Detta medförde att det inte fanns några klara och tydliga mål för vårdandet vilket i sin tur medförde svårigheter för de närstående att hjälpa den sjuka i sin vård. Ibland sades en sak men i praktiken gjordes en annan, vårdplanering kunde försvinna i ett annat administrativt arbete och barriärer till delaktighet i utförandet av en vårdplanering kunde vara att de närstående inte blivit inbjudna till mötet eller att de blivit inbjudna på ett redan bestämt datum men att tiden inte kunde ändras (Cree et al., 2015).

Bristande tillgänglighet och stöd

Att erkänna, vårda eller låta den psykiatriska sjukvården att ta hand om personen med psykisk sjukdom är en stor och påfrestande känslofylld process för de närstående (Clarke & Winsor, 2010; Gerson et al., 2009; Hallam, 2007; McAuliffe et al., 2014; Scharer, 2002; Stjernswärd & Östman, 2008; von Kardorff et al., 2015). Clarke och Winsor (2010), Hallam (2007) och Scharer (2002) redovisar att närstående upplever både börda och svårigheter före, under och efter patientens kontakt med sjukvården. I Hallams (2007) studie redogörs det att närstående upplevde en avsaknad av stöd från sjukvårdspersonalen vilket i sin tur kunde resultera i att de själva utvecklade en högre grad av psykisk ohälsa.

Majoriteten av studierna visade att närstående kände en lättnad av att lämna över sitt barn till den psykiatriska sjukvården och dela ansvaret med professionella sjukvårdsarbetare, dock redogörs det i McAuliffe (2014) studie att närstående inte alls kände någon börda av att själva vårda den sjuka i hemmet. Även om det fanns tuffa dagar för dem var det familjens starka band som var anledningen till varför det kändes bra att vårda barnet hemma.

Familjemedlemmar till en person med psykisk sjukdom har visat sig behöva mer stöd än vad de får och en önskan om att få tillgång till stödgrupper för att diskutera och bearbeta det som hänt är något som redogörs i en studie av Scharer (2002). Där skulle sjukvårdspersonal finnas men även andra föräldrar som varit i samma situation för att ges möjligheten att byta tankar och erfarenheter med varandra vilket gör det lättare att behärska situationen. Stjernswärd och Östman (2008) redovisar i deras studie att majoriteten av de närstående önskar råd och tips om hur de skulle bete sig mot och hjälpa den sjuka på grund av osäkerhet.

Närstående uttryckte också ett behov i Scharers (2002) studie av att få instrumentellt och känslomässigt stöd av sjukvårdspersonalen relaterat till sitt barns sjukdom, framförallt om informationen var otillräcklig. Detta skulle innebära en lättare tillgänglighet till barnet under sjukhusvistelsen, mer assistans med barnets psykiska behov samt renare och mer gästvänliga vårdrum eller erbjudanden på hotell för föräldrar som åker långt för att hälsa på sina barn.

Flera studier (Hallam, 2007; Jankovic et al., 2011; Scharer, 2002;) visar att närstående inte heller var nöjda med ingripandet av sjukvården. Det visade sig att sjukvårdspersonalen ofta gjorde ett ingripande först när det kom till den punkt när patienten verkligen behövde behandling och inte i ett preventivt syfte. En fördröjning av hjälpinsatser resulterade i frustration hos många närstående eftersom detta utsatte både den sjuka, de närstående och andra för fara. En moder berättade i Scharers (2002) studie att hon sökt vård för sitt barn i över ett år men det var först efter att barnet klippt av sin skolkamrats hår och sedan hotat denne som psykiatri gav någon respons.

Jankovic et al. (2011) redogör också en ofta förekommande problematik att närstående blev hänvisade från en serviceenhet till någon annan utan att fått tydliga direktiv, framförallt de utan tidigare erfarenhet av den psykiatriska sjukvården. I studier från Scharer (2002) och Rose et al. (2004) beskrivs det utifrån erfarenheter att den psykiatriska sjukvården inte finns tillgänglig dygnet runt och att närstående upplevde svårigheter att få kontakt med sjukvårdspersonalen. Närstående hade som önskemål att sjukvårdspersonalen bokar in längre besökstider så att möjlighet till att prata om vårdtagarens sjukdom och behandling finns (Scharer, 2002).

Otillräckligt engagemang hos vårdpersonal

Hallam (2007), Jankovic et al. (2011), Scharer (2002) och Rose et al. (2004) redovisar i sina studier att närstående är missnöjda med engagemanget som utspelar sig i den psykiatriska sjukvården. Det förekommer att sjukvårdspersonalen inte lyssnar på de närstående och det kan också dröja innan patienten får en medicinsk diagnos och behandling. Stjernswärd och Östman (2008) redogör i sin studie att många närstående inte kände sig sedda och hörda, inte blev tagna på allvar och att de inte gavs tillräckligt med engagemang och information från sjukvårdspersonalen. En mamma beskrev i Scharers (2002) studie att hennes barn fått biverkningar av en ny medicin vilket hon rapporterat till sjukvårdspersonalen men bara blivit ignorerad. Närstående har också reagerat på sjukvårdspersonalens beteende när de inte svarar eller ringer tillbaka önskade samtal, när hänsyn inte tas till närståendes berättelse och återigen är sekretessen ett problem när sjukvårdspersonalen nekar eller undandömmar information om patienten (Rose et al., 2004).

Bristen på engagemang av sjukvårdspersonalen resulterade bland annat till emotionella kriser hos familjerna vilket i sin tur ofta förorsakade frustration och försämring hos både den sjuka men också hos de närstående (Hallam, 2007; Jankovic et al., 2011, Rose et al., 2004). Situationen medförde minskat förtroende för vårdpersonalen och närstående upplevde sin situation i vårdandet som om de var inklämda mellan patienten och den psykiatriska sjukvården eftersom det var svårt att veta hur de skulle engagera sig i sin närståendes vård. Detta på grund av otillräcklig information och stöd och att patienten ibland agerade annorlunda i

sjukvårdspersonalens närvaro (Rose et al., 2004). De fann det också svårt att hitta en lämplig läkare till patienten (Gerson et al., 2009; Stjernswärd & Östman, 2008) och en familj berättade att deras läkare som skulle följa upp patienten hastigt ändrade sig och ansåg att patienten var för sjuk för att läkaren skulle vilja vårda denne (Gerson et al., 2009).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Valet av studiemetod grundar sig på att en litteraturstudies primära syfte är att undersöka ett redan genomfört forskningsområde för att se vilken forskning som finns (Polit & Beck, 2014). På detta sätt kunde en övergripande kunskap åstadkommas om det valda forskningsområdet.

Sökning av artiklar gjordes utifrån olika frsökningar i databaserna PubMed och PsychInfo eftersom de innehåller stor mängd forskning. Eftersom fynden vid frsökningarna ansågs vara tillräckliga för att samla in relevant information valdes därför att inte använda olika MESHtermer och bredare avgränsingar som hjälp. Sökningen som gjorts ansågs bidra med tillräckligt underlag för att undersöka och uppfylla litteraturstudiens syfte.

Litteraturstudien baseras på artiklar som är utförda i olika länder vilka är Australien, England, Iran, Irland, Kanada, Sverige och USA. Från början fanns tanken att bara undersöka erfarenheter av den svenska psykiatriska sjukvården eftersom det är den sjukvård vi kommer i kontakt med och har erfarenhet av men på grund av de fynd som gjordes under litteratursökningen valdes istället att undersöka ett bredare perspektiv för att se eventuella likheter. Detta gav en övergripande bild av studiens forskningsproblematik och resultatet visar att det är ett globalt problem. Trots att vårdkulturerna kan skilja sig åt i de valda artiklarna har erfarenheter av en närstående till en person med psykisk sjukdom redogjort liknande resultat.

Litteraturstudien är baserad på artiklar med en kvalitativ forskningsmetod eftersom avsikten med studien var att undersöka utifrån ett närståendeperspektiv. En kvalitativ metod ger en mer beskrivande bild av problemområdet och försöker förstå mer på djupet och en kvantitativ metod ger mer mätbara variabler (Olsson & Sörensen, 2007; Polit & Beck, 2014). Ofta används begreppet *“förståelse till skillnad från förklaring”* (Olsson & Sörensen, 2007, s.65) i samband

med kvalitativa kontra kvantitativa studier vilket också är anledningen till varför bara kvalitativa studier har används.

De valda artiklarna har en tidsram på 14 år och anledningen till detta är att artiklarna som valts ansågs svara på litteraturstudiens syfte och därför blev de aktuella att ha med. Efter analys och reflektion kring litteraturstudiens valda artiklar har diskussion och frågor utvecklats kring deras resultat. Oavsett ålder redogör alla artiklar liknande resultat. En fråga som dyker upp är varför ingen förändring har skett inom den psykiatriska sjukvården när problematiken kring närståendes erfarenheter finns?

Diskussion av framtaget resultat

Utifrån litteraturstudien som gjorts, vars syfte var att granska studier som undersökt närståendes erfarenheter av den psykiatriska sjukvården, kunde tre teman identifieras: otillräcklig information och delaktighet, bristande tillgänglighet och stöd samt otillräckligt engagemang av vårdpersonal. Tidigare studier (Sjöblom et al., 2008) har visat att trots närståendes viktiga roll i vårdandet kände de sig utanför av sjukvårdsvårdpersonalen vilket resulterade till bristande delaktighet i omvårdnaden. I litteraturstudiens resultat bekräftades det tydligt att det var vanligt förekommande med upplevelser av bristande information om sin närståendes sjukdom, behandling, kommunala hjälpinsatser, sjukhusenheter och delaktighet i sin närståendes vård (Clarke & Winsor, 2010; Cree et al., 2015; Hallam, 2007; von Kardorff et al., 2015; McAuliffe et al., 2014; Rose et al., 2004; Scharer, 2002; Stjernswärd & Östman, 2008). Schröder, Larsson och Ahlström (2007) belyste att samarbetet kring vården bör enligt de närstående omfatta goda relationer mellan dem, patienten och sjukvårdspersonal. Gavois, Paulsson och Fridlund (2006) redovisar att närstående upplever mer stress när de utesluts från vården än när de involveras och är mer delaktiga. Som sjukvårdspersonal är det därför viktigt att kunna identifiera och tillfredsställa den sjuka och närståendes behov så att de ges det stöd de behöver. Genom att följa Joyce Travelbees omvårdnadsteori kan detta kanske uppnås. Travelbee menar att kommunikation är sjuksköterskans viktigaste redskap och för att få fram patientens och närståendes känslor och behov kring omvårdnaden krävs det att sjuksköterskan använder sig av kommunikation för att

kunna förebygga och/ eller bemästra upplevelse av sjukdom och lidande (Kirkevold, 2014). Gavois et al. (2006) och Schröder et al. (2007) belyser vikten av att som närstående bli respekterad av och lyssnad på av sjukvårdspersonalen för att minska sin börda.

I studiens resultat framfördes det att närstående inte är nöjda med sjukvårdspersonalens stöd som givits vilket majoriteten av de närstående kände ett stort behov av att få eftersom de ofta kände börda och svårigheter före, under och efter sin närståendes kontakt med sjukvården (Clark & Winsor, 2010; Hallam, 2007; Scharer, 2002). Personer som vårdade sin närstående önskade bättre och lättare tillgänglighet till stöd från vårdpersonal men även från stödgrupper tillsammans med andra vårdare med liknande erfarenhet med syftet att ges möjlighet att byta tankar och erfarenheter med varandra (Scharer, 2002; Schröder et al., 2007).

Forskning visar också att om man som närstående får riktigt med information om patientens situation av sjukvårdspersonalen kan det leda till en ökad medvetenhet om sig själv och sin familjemedlems sjukdom, men även en ökad interaktion mellan närstående och sjukvårdspersonalen (Gavois et al., 2006). Att förstå hur närstående ska agera mot den sjuka och förstå vilken värld denne lever i gjorde det lättare för dem att hantera situationen (Schröder et al., 2007). Att en närstående får en psykiatrisk diagnos gjorde att familjemedlemmarna hamnade i kris som, beroende på vilket professionellt stöd de fick, varade olika länge (Gavois et al., 2006). De som hade kontinuerlig kontakt med sjukvårdspersonalen lyckades hantera situationen bättre än de som inte hade någon. Att tidigt få information om sjukdomen, om vem som kan kontaktas vid behov och liknande samt att få vara delaktig i vårdandet kan göra att de närstående blir mer bekväma i situationen. Att få möta andra i liknande situationer ökade möjligheten till egenmakt genom att kunna byta tankar och erfarenheter med varandra (ibid). Eftersom tidigare forskning (Pharoah et al., 2010) visar att familjer som fått professionellt stöd upplever mindre börda kan sjuksköterskan därför hänvisa närstående till det stöd som ges av kommun- och landsting, till exempel stödgrupper och anhörigutbildning.

Scharer (2002), Schröder et al. (2007) och Rose et al. (2004) redogör reaktioner bland närstående att sjukvården inte finns tillgänglig dygnet runt. Schröder et al. (2007) presenterar att närstående önskar att sjukvårdspersonalen finns tillgänglig dygnet runt och då var ett telefonsamtal tillfredställande nog. Om det inte finns möjlighet för sjukvården att alltid finnas tillgänglig, kan man då som sjukvårdspersonal göra något annorlunda just den tiden man är tillgänglig? Utifrån Jankovics et al. (2011) studie ansåg de närstående att de inte visste vart de skulle vända sig, de ansåg att de ofta blev skickade från en sjukvårdsenhet till någon annan. Detta kunde upplevas förvirrande och kunde i sin tur medförda oro, stress och frustration hos dem.

Ett bristande engagemang och en känsla om att varken bli sedd, hörd eller tagen på allvar av sjukvårdspersonalen resulterade i en slags frustration, dels på grund av att sjukvårdens ingripande oftast dröjde eftersom de inte arbetade i ett preventivt syfte men även på grund av att de inte fanns tillgängliga dygnet runt (Hallam, 2007; Jankovic et al., 2011; Rose et al., 2004; Scharer, 2002). Det bristande engagemanget gjorde att närstående upplevde ett minskat förtroende för sjukvården och detta kunde i sin tur leda till försämring både hos dem själva men även hos den sjuka. Eftersom resultatet till största del visar negativa erfarenheter av sjukvården i delaktighet, stöd och engagemang krävs det att en förändring sker för att tillgodose närståendes behov som vårdar en patient med psykisk ohälsa. Det som kan diskuteras är om ansvaret över de bristande faktorerna ligger hos sjukvårdspersonalen eller om det är en system- och ledningsfråga?

Tidigare studier (Rutz et al., 1989) visar att om sjukvårdspersonalen arbetar i ett preventivt syfte för att fånga upp personer med psykisk ohälsa reduceras antalet depressioner, suicidförsök och antal inläggningar av slutenvårdspatienter. Sjukvårdspersonalen ska enligt Socialstyrelsen (2013) i preventivt arbete se till så att ingen närstående riskerar att utsättas för ohälsa på grund av vårdande av en patient. Att ha klara riktlinjer och att få rikligt med information i ett preventivt syfte kan göra närstående mer förberedda på att kunna hantera en situation när det väl behövs, vilket också kan medföra större trygghet. En sjuksköterska med kompetens och inriktning inom psykiatrisk vård ska enligt Svensk sjuksköterskeförening (2014) kunna anpassa och integrera den

psykiatriska sjukvårdens insatser i samordning med närstående utifrån patientens individuella behov och önskemål. Sjuksköterskan har som uppgift att bland annat kunna identifiera, bedöma samt förebygga och hantera de situationer som kan skada patienten och deras närstående och det ska också ges rikligt med information om relevant situation. Sjuksköterskan ska också kunna föra en dialog med patienten och närstående om vårdsnaden för att se om den uppfyller sitt syfte. Berman & Snyder (2012) redogör att sjuksköterskan ska främja arbete med närstående och fungera som en kommunikatör mellan dem, patienten och andra professioner och även här kopplas Travelbees omvårdnadsteori ihop med litteraturstudien då hon menar att sjuksköterskan ska hjälpa patienten och dess närstående med att förebygga eller bemästra känsla av sjukdom och lidande.

Närstående till en person med psykisk sjukdom är en stor grupp som bör uppmärksammas och prioriteras. Genom att informera sjukvårdspersonalen om problematiken kring närståendes erfarenheter av den psykiatriska sjukvården kan det leda till ökad medvetenhet hos dem vilket gör att de arbetar i ett preventivt syfte för att fånga upp de närstående innan belastningen blir för stor och innan det är för sent. För att en förändring ska kunna ske finns tanken att fler resurser bör tillsättas i kombination med information och utbildning om den nuvarande situationen för sjukvårdspersonalen. Genom att använda sig av ett preventivt arbete i form av olika utbildningsprogram för sjukvårdspersonalen som tidigare forskning visar, leder inte bara till ökad kunskap hos sjukvårdspersonalen utan det kan också tänkas leda till minskade kostnader för kommun- och landsting samt minskad påfrestning för hälso- och sjukvården.

Slutsats och kliniska implikationer

Litteraturstudiens resultat visar att närstående till en person med psykisk sjukdom är en grupp som ofta upplever missnöje kring information, delaktighet, tillgänglighet, stöd och engagemang av den psykiatriska sjukvården. Trots att studier visar att närstående som har regelbunden kontakt med sjukvården har större chans att hantera situationer relaterat till sin patient med psykisk ohälsa anser de närstående idag att de inte får den hjälp och det stöd de behöver för att tillfredsställa sina behov. Närstående beklagar sig över att det inte finns tillräckligt tydliga

riktlinjer över vem som kan kontaktas när de är i behov av hjälp vilket i sin tur ofta leder till känslor som oro, stress och frustration.

Närstående är en grupp som bör prioriteras och det gäller att sjukvårdspersonalen arbetar i ett preventivt syfte för att dels förhindra att personen med psykisk sjukdom försämras och dels för att fånga upp de närstående innan de riskerar att drabbas av psykisk ohälsa själva. Sjukvården bör erbjuda och synliggöra befintliga former av stöd, exempelvis stödgrupper med professionella vårdprofessioner men också stödgrupper tillsammans med andra närstående med liknande erfarenheter så att de tillsammans kan byta erfarenheter och tankar med varandra.

Utbildning, information och ökade resurser till sjukvården och dess personal kanske kan bidra till att en förändring sker och det är viktigt att den psykiatriska sjukvården väl informerar all sjukvårdspersonal för att göra alla medvetna om problemet.

Referenser

- Berman, A. & Snyder, S. (2012). *Kozier & Erb's fundamentals of nursing – concepts, process and practice*. Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, New Jersey.
- Clarke, D. & Winsor, J. (2010). Perceptions and Needs of Parents during a Young Adult's First Psychiatric Hospitalization: "We're All on This Little Island and We're Going to Drown Real Soon" *Issues in Mental Health Nursing* 31(4), 242-247.
- Cree, L., Brooks, L. H., Berzins, K., Fraser, C., Lovell, K. & Bee, P. (2015). Carers' experiences of involvement in care planning: a qualitative exploration of the facilitators and barriers to engagement with mental health services. *BMC Psychiatry* 15(208), 1-11.
- Gavois, H., Paulsson, G. & Fridlund, B. (2006). Mental health professionals support in families with a member suffering from severe mental illness: a grounded theory model. *Scand J Caring Sci* 20(1), 102-109.
- Gerson, R., Davidson, L., Booty, A., Wong, C., McGlashan, T., Malespina, D. & Pincus H.A. (2009). Families' Experience With Seeking Treatment for Recent-Onset Psychosis. *Psychiatric Services* 60(6), 812-816.
- Hallam, L. (2007). How involuntary commitment impacts on the burden of care of the family. *International Journal of Mental Health Nursing* 16(4), 247-256.
- Herlofson, J., Ekselius, L., Lundh, L-G., Lundin, A., Mårtensson., B. & Åsberg, M. (2010). *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.
- International Council of Nurses. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad den 22 november 2015 från:

http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Jakobsen, E.S. & Severinsson, E. (2006). Parent's experiences of collaboration with community healthcare professionals. *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing* 13(5), 498-505.

Jankovic, J., Yeeles, K., Katsakou, C., Amos, T., Morriss, R., Rose, D., Nichol, P., McCabe, R. & Priebe, S. (2011). Family Caregivers' Experiences of Involuntary Psychiatric Hospital Admissions of Their Relatives - a Qualitative Study. *PLoS ONE* 6 (10), 1-7.

Johnstone, M-J. (2001). Stigma, social justice and the rights of the mentally ill: Challenging the status quo. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 10(4), 200-209.

Jubb, M. & Shanley, E. (2002). Family involvement: The key to opening locked wards and closed minds. *International Journal of Mental Health Nursing* 11(1) 47-53.

Kessler, RC., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Üstün, TB. & Wang, PS. (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 18(1), 23-33.

Kirkevold, M. (2014) *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur

Kjellin, L., & Östman, M. (2002). Stigma by association: psychological factors in relatives of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry* 181(6), 494-498.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & kultur.

McAuliffe, R., O'Connor, L. & Meagher, D. (2014). Parents' experience of living with and caring for an adult son or daughter with schizophrenia at home in Ireland: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21(2), 145-153.

Northern Nurses' Federation (2003). *Ethical guidelines for nursing research in the Nordic Countries*. Hämtad den 26 november från:
http://www2.dsr.dk/dsr/upload/3/0/813/SSN_etiske_retningslinjer.pdf

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Ottosson, J-O. (2015). *Psykiatri*. Stockholm: Liber

Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J. & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 8(12), 1-109.

Polit, D. & Beck, C.T. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rose, E. L., Mallinson, R. K. & Walton-Moss., B. (2004). Barriers to Family Care in Psychiatric Settings. *Journal of Nursing Scholarship* 36(1), 39-47.

Rutz, W., Wålinder, J., Eberhard, G., Holmberg, G., von Knorring, A-L., von Knorring, L., Wistedt, B., Åberg-Wistedt, A. (1989). An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatr Scand* 79(1), 19-26.

Scharer, K. (2002). What parents of mentally ill children need and want from mental health professionals. *Issues in Mental Health Nursing* 23(6), 617-640.

Schröder, A., Larson Wilde, B. & Ahlström, G. (2007). Next of kin's conceptions of the quality of care in the psychiatric setting: A phenomenographic study. *International Journal of Mental Health Nursing* 16, 307-317.

Sjöblom, L-M., Wiberg, L., Pejler, A. & Asplund, K. (2008). How family members of a person suffering from mental illness experience psychiatric care. *International Journal of Psychiatric Nursing Research* 13(3), 1-13.

Skärsäter, I. (2014). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur

Socialstyrelsen (2010). *Anhöriga till personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning – en resurs i behov av stöd*. Hämtad den 22 november 2015 från:
https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/fokus_anhoriga_17.pdf

Socialstyrelsen (2013). *Stöd till anhöriga – vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen*. Hämtad den 23 November 2015 från:
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18969/2013-3-2.pdf>

Stjernswärd, S. & Östman, M. (2008). Whose life am I living? Relatives living in the shadow of depression. *International Journal of Social Psychiatry* 54(4), 358-369.

Strand, J., Olin, E. & Tidefors, I. (2015). Mental health professionals' views of the parents of patients with psychotic disorders: a participant observation study. *Health and Social Care in the community* 23(2), 141-149.

Svensk sjuksköterskeförening (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård*. Hämtat den 22 november 2015 från:
<http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning.sjukskoterska.psykiatri.2014.pdf>

Sveriges riksdag (2003). *Lag om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460)*. Hämtat den 25 november 2015 från:

https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

Von Kardorff, E., Soltaninejad, A., Kamali, M. & Shahrabaki, M. E. (2016). Family caregiver burden in mental illnesses: The case of affective disorders and schizophrenia - a qualitative exploratory study. *Nordic Journal of Psychiatry* 70(4), 248-254.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad - En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Wittchen, H.U., Jacobi, F., rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. & Steinhausen, H-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 21(9), 655–679.