



Guide för anhöriga

Guide för anhöriga till personer
med psykiska symptom eller
psykisk sjukdom



OMAISET

MIELENTERVEYSTYÖN TUKENA
UUDENMAAN YHDISTYS RY

INNEHÅLL

Inledning till guiden	3
Varför insjuknar en människa psykiskt?.....	4
När behöver den insjuknade professionell hjälp?.....	4
Psykisk sjukdom hos en anhörig är ofta en kris för hela familjen	4
Chockfasen	5
Reaktionsfasen	5
Bearbetningsfasen	5
Nyorienteringsfasen	5
Hur familjen anpassar sig till den nya situationen?	6
Hur kann jag hjälpa en anhörig som inte själv anser sig behöva hjälp?	7
Anhörigförening och kamratstöd.....	8
Allmänt om det psykiatriska vårdssystemet.....	9
Affektiva störningar.....	9
Depression	10
Bipolär sjukdom (bipolärt syndrom)	10
Schizofreni och andra psykotiska störningar	11
Psykos	11
Schizofreni	12
Personlighetsstörningar	12
Ångeststörningar	13
Ätstörningar	14
Rusmedel och psykisk hälsa	14
Psykisk rehabilitering	15
Sjukdom och försörjning	16
Patientens rättigheter	16
Patientombudsman	17
Sjukledighet, rehabilitering eller pension	17
Förmedlingskonto och intressebevakning	18
Ekonomi- och skuldrådgivning	18
Boendeservice	18
Stöd för närståendevård	19
Källor	19
Länkar	20





INLEDNING TILL GUIDEN

Denna guide är avsedd för anhöriga till personer som har insjuknat psykiskt eller har symptom. Vi har samlat ihop ämnen som behandlas i guiden genom konkret arbete som vi gjort med anhöriga i Anhörigas stöd för mentalvården, Nylands förening. Enligt vår erfarenhet finns det ett behov av information som riktas till anhöriga. Syftet med guiden är att erbjuda första information och ge stöd för att anhöriga ska klara av den svåra livssituationen. I guiden har man samlat grundinformation om psykiatriska sjukdomar samt om vård och rehabilitering. Vi har också samlat de viktigaste socialförmånerna och information om att söka dem i guiden. Alla insjuknade skillnader i de kommunala servicesystem. I slutet av guiden finns en litteratur- och källförteckning som vi önskar du har nytta av när du söker närmare information.

Vi hoppas att guiden gagnar även yrkespersonal inom social- och hälsovårdssektorn i deras arbete och vid möten av anhöriga. Anhöriga är en viktig resurs vid vård och rehabilitering av närstående. Förutsättningen är att anhöriga kan delta i vården i den mån det är möjligt och att man tar hand om deras ork.

Liksom den insjuknade går också de anhöriga igenom en egen process för att acceptera sjukdomen och för att leva med den. Flera anhörigföreningar erbjuder verksamhet för anhöriga nationellt. Särskilt verksamhet som baserar sig på kamratstöd har upplevts som viktig bland anhöriga.



VARFÖR INSJUKNAR EN MÄNNISKA PSYKISKT?

Bakom psykiska sjukdomar finns det ofta ärftliga orsaker samt orsaker som beror på omgivningen och växelverkan och/eller neurologiska orsaker. Om det har förekommit psykiska störningar i familjen under flera generationer kan detta vara ett tecken på ärftlig känslighet att reagera på svårigheter i livet på ett visst sätt. Även i sådant fall orsakas sjukdomen först när alla faktorer samverkar. Stress samband med vissa livssituationer kan vara faktorn som utlöser en sjukdom. Till exempel arbetspress, ekonomiska svårigheter, ändringar i omgivningen och/eller mänskliga relationer kan orsaka stress. Våra individuella resurser och vår livserfarenhet påverkar hur kroppen och sinnet reagerar på stress. En psykisk sjukdom är som vilken som helst sjukdom och kännedom och sjukdomens natur kan förebygga att sjukdomen bryter ut på nytt. Anhöriga och familjemedlemmar borde komma ihåg att de inte kan orsaka med sina handlingar att anhörig insjuknar psykiskt, men de kan stödja denne vid tillfrisnandet.

NÄR BEHÖVER DEN INSJUKNADE PROFESSIONELL HJÄLP?

Anhörigas iakttagelser om ändringar i den insjuknades beteende, handlingar, och/eller tänkande är till stor hjälp när man söker och planerar vård. Anhöriga kan ha sett under en längre tid att den sjuka har symptom. Å andra sidan det vara svårt att känna igen symptom, vilket försvarar hänvisande till vård. Ibland kan den insjuknade inte själv bedöma behovet av vård eller sätt att få hjälp. Bedömning av vårdbehov görs alltid av en läkare och anhöriga ansvarar inte för det.

PSYKISK SJUKDOM HOS EN ANHÖRIG ÄR OFTA EN KRIS FÖR HELA FAMILJEN

Psykisk sjukdom hos en anhörig är ofta en kris för hela familjen. En psykisk sjukdom och symptom väcker ofta liknande känslor hos anhöriga och den insjuknade såsom besvikelse, skuld, sorg, oro, ilska och trötthet. Det tar tid att anpassa sig till den nya livssituationen och det kan kännas tungt. Alla familjemedlemmar går igenom en inre tillfrisknande- och anpassningsprocess i sin egen takt. Likaså kan uppfattningar om hur allvarligt den insjuknades tillstånd är variera bland familjemedlemmarna. Detta kan ändra stämningen i hemmet och påverka familjens inbördes samspel.

En kris sätter alltid igång en process i människan som upplever den. Medvetenhet om krisfaser hjälper att förstå både den egna situationen och de övriga familjemedlemmarnas situation samt gör det lättare att komma





igenom krisen. Krisen kan beskrivas med hjälp av en modell med fyra skeden. I varje skede varierar olika känslor. En kris är alltid en personlig process och alla går igenom krisen i sin egen takt. Det är viktigt att bearbeta kriser eftersom tidigare, delvis bearbetade eller obearbetade krissituationer kan aktiveras och komma upp till bearbetning förutom den akuta krisen.

”Hela familjen drabbades av ångest och kände sig svag och i och med detta blev familjens interna relationer tätare och relationerna till omvärlden minskade.”

”Den första reaktionen var chock när situationen drabbade en själv.” ”Man önskade att allt bara vore en dröm.”

Chockfasen

När det sker en kris drabbas personen av chock. Typiskt för chockfasen är att personen håller verkligheten ifrån sig och har svårt att uppfatta situationen. Chocken skyddar medvetandet mot sådan information som är svår att ta emot. I chockfasen kan det vara svårt att handla förnuftigt. Typiska känslor i chockfasen är upprördhet, överreagerande eller lamslagenhet. Även kroppen kan reagera på chock. Typiska symptom är till exempel magont, huvudvärk, hjärtklappning och illamående. Chockfasen varar ofta i några dagar och det vore viktigt att någon kan vara nära och ta hand om vardagen.

Reaktionsfasen

Typiskt för reaktionsfasen är starka reaktioner och känslor såsom förnekande av det som hänt samt rationaliserande och avgränsande av känslor. Det är normalt att fundera på orsaker till insjuknandet. Typiska känslor för fasen är rädsla, sorg och skuld. Reaktionsfasen kan vara i månader och det är viktigt att prata om det som hänt.

Bearbetningsfasen

I bearbetningsfasen går man igenom det som hänt, medvetandet förnekar inte längre det som hänt, känslorna får ett namn och man kan prata om dem. Så småningom anpassar man sig till situationen, och ångestskapande känslor börjar ge med sig. Anhöriga till en psykiskt insjuknad person går igenom sitt eget sorgarbete och man börjar aktivt förutse ändringar som situationen orsakar i familjen.

Nyorienteringsfasen

I den här fasen blir sjukdomen en del av livet. Sjukdomen försvinner inte

men förhållningssättet till den har ändrats. Anhöriga börjar hitta nya resurser och sätt att klara av situationen. Sjukdomen hos den anhöriga är bara en del av livet och man kan lära sig att leva med sjukdomen. Många anhöriga upplever att samtal med andra anhöriga och att stöda dem vid liknande situationer ger styrka.

HUR FAMILJEN ANPASSAR SIG TILL DEN NYA SITUATIONEN

Det är viktigt att acceptera det psykiska problemet som ett faktum. Då blir det lättare att söka rätt slags hjälp. Situationen kan dock kompliceras av att den anhöriga vägrar ta emot vård eller att vårdpersonalen har en annan syn på vårdbehovet.

Anhöriga har nytta av information om psykiska problem, vård, socialskydd och andra tillgängliga stödformer. Det är naturligt att man har behov av att ta hand om insjuknade anhöriga. Risken är dock att uppgiften börjar styra över den anhörigas liv och att den anhörigas ork lämnas i bakgrunden. Om den anhöriga blir trött och börjar tappa hoppet ökar också risken för att den anhöriga blir deprimerad. Det är viktigt att den anhöriga inte lämnas ensam.

Psykisk sjukdom hos en anhörig är ofta en situation som kräver anpassning av hela familjen. Ofta är det svårt att acceptera en psykisk sjukdom, men det är viktigt att anpassa sig till situationen och det tar tid. Anpassningsprocessen börjar redan före den anhöriga får sin diagnos. Psykiska störningar kan framskrida långsamt eller plötsligt överraska familjen. Anhöriga lägger märke till ändringar i den insjuknades beteende eller vanor. Ändringarna kan uppfattas höra ihop med en viss livssituation eller man försöker förklara bort dem med någon annan orsak. Familjemedlemmarna kan vara oense om hur allvarliga symptomen är eller om hjälp behövs. Diagnosen kan underlätta den anhörigas börda när den ändrade situationen i familjen får ett namn. Det är också bra att uppfatta diagnosen som ett medel som för saker framåt: sedan kan man koncentrera sig på vård och rehabilitering.

Ofta är anpassning till situationen en process som tar flera år för den anhöriga. Under processen övervägs de egna inställningarna, känslorna och iakttagelserna samt föreställningarna om omvärlden och det egna jaget på nytt. Anpassningsprocessen hjälper den anhöriga att förstå sjukdomen och dess karaktär. Livet fortsätter trots sjukdomen. Sjukdomen är inte det centrala problemet i familjen utan en del av livet. Under processen lär sig de flesta anhöriga att leva med sjukdomen så att de accepterar dess existens.





En del anhöriga accepterar situationen delvis, en del vill inte alls acceptera sjukdomen.

Anhöriga är ett viktigt stöd för psykiskt insjuknade personer och det är viktigt att också fästa uppmärksamhet vid hur man själv orkar. Att balansera mellan uppgiften att ta hand om den insjuknade och att själv orka kan ofta väcka motstridiga känslor hos den anhöriga: betyder accepterande av sjukdomen att man förlorar hoppet? Kan man värna om sitt eget välmående utan att känna skuld? Stöder man den insjuknades välmående eller kanske sjukdomen genom att ta hand om denne?

”Jag känner att jag är mycket ensam om det här. Det finns ingen som förstår vad det är fråga om. Man har föreställningen att vi är den enda familjen i världen med en sådan situation.”

HUR KAN JAG HJÄLPA EN ANHÖRIG SOM INTE SJÄLV ANSER SIG BEHÖVA HJÄLP?

Till många psykiska sjukdomar hör avsaknad av sjukdomsinsikt eller förnekande av sjukdomen åtminstone i början av sjukdomen. Personens vilja att förneka sjukdomen ger ofta upphov till sorg och oro hos anhöriga. Det är svårt att acceptera att den anhöriga inte tar emot vård även om vård erbjuds. En person som upplever att familjemedlemmar, vänner och vårdinstansen är emot honom eller henne, kommer troligen att allt mer motsätta sig hjälpmedel som andra erbjuder för att lösa problem i vardagen.

Ofta kan man påverka ordinationsföljsamheten med rätt slags information. Anhöriga till en insjuknad som inte får stöd lämnas också utan stöd och rätt information om sjukdomen samt dess inverkningar.

”Jag försökte utan resultat få min anhöriga att vända sig till läkaren. Min anhöriga saknar sjukdomsinsikt.”

”Jag vet inget om mitt vuxna barns psykiska sjukdom, och man berättar inget för mig. Går det att bota en psykisk sjukdom?”

- Psykisk sjukdom hos en anhörig är en kris för hela familjen. Det tar tid att anpassa sig till situationen.
- Många känslor såsom skam och skuld hör till.
- Skaffa information om sjukdomen.
- Träffa andra i samma situation och sök dig till kamratstöd t.ex. i en anhörigförening.

- Sök vid behov hjälp för dig själv hos företagshälsovården eller på din egen hälsostation.
- Känn dina egna gränser och ta hand om dig själv så att du orkar.
- Sjukdomen är endast en faktor i familjen, i livet finns också annat.

ANHÖRIGFÖRENING OCH KAMRATSTÖD

Nationellt erbjuder tjugo anhörigföreningar verksamhet för anhöriga. Anhörigföreningens verksamhetsformer är individuella möten och familjemöten som baserar sig på information och styrning, grupper, kurser, föreläsningar och rekreation. Anhörigföreningarna samarbetar också med regionens aktörer inom mentalvården för att främja anhörigas synpunkter.

Du får närmare information om verksamheten i Nylands region hos Nylands anhörigförening på www.otu.fi. Du hittar kontaktinformation till din egen lokalförening på webbplatsen för Anhörigas stöd för mentalvården central-förbund rf. www.omaisten.org (klicka på jäsenjärjestöt).

Kamratstöd är den centralaste stödformen i anhörigföreningarnas verksamhet. Stöd som grundar sig på kamratstöd är människors möten i vardagen. De centrala i kamratstöddverksamheten för anhöriga är att dela erfarenheter. Ofta känns det lättare när man hör att man inte är ensam om svåra saker. När en anhörig insjuknar och har psykiska symptom väcker det liknande känslor och tankar också hos andra.

Anhörigföreningen erbjuder professionell verksamhet som baserar sig på kamratstöd samt grupper som leds av utbildade, frivilliga ledare. Det finns både öppna mötesgrupper med låg tröskel och slutna grupper. En del grupper delas upp enligt relationen till den insjuknade, bl.a. syskon, föräldrar, makar och vuxna barn. Ämnen och innehållet som behandlas i grupperna varierar beroende på behovet av stöd och gruppens karaktär. I vissa situationer är akut information om t.ex. sjukdomen den viktigaste hjälpen för att förstå både den anhörigas situation och den egna situationen. Senare kan det vara bra att stanna upp och tänka på egna resurser och hur man orkar som anhörig i den nya livssituationen. I gruppen kan man lära sig att känna igen känslor, hitta sina gränser och konkreta medel att förhålla sig till den anhörigas sjukdom och belastningen i livssituationen för att klara vardagen.

”Man får nya synpunkter från gruppen och andras berättelser och hjälp att orka till nästa dag.”



”Kamratstöd möjliggör att man blir hörd och kan dela information.”

”Jag tänker gå i kamratgruppen för att balansera min situation.”

ALLMÄNT OM DET PSYKIATRISKA VÅRDSYSTEMET

Målet är att mentalvårdstjänsterna i första hand ordnas i form av öppen vård. Med öppen vård avses annan än sjukhusvård, t.ex. vård på hälsostationer, psykiatriska polikliniker, dagsjukhus. Personer som lider av psykiska problem ska i första hand söka sig till primärvården (t.ex. hälsostationen, företagshälsovården, studerandehälsovården) där vårdbehovet bedöms och vid behov ges remiss till den psykiatriska specialiserade sjukvården. Mentalvårdstjänster ordnas inom öppen vård både offentligt och privat. Sjukhusvård ordnas när tjänsterna inom öppen vård inte räcker till och när sjukhusvård bedöms nödvändig. Enligt mentalvårdslagen ska mentalvårdstjänsterna bilda en funktionell helhet.

Den största delen av psykiatrisk vård sker på frivillig basis, och mentalvårdslagen betonar vikten av patientens självständighet och att söka sig till vård. Att komma till sjukhuset borde således alltid vara planerat och en del av patientens övergripande vård. Inte ens en psykotisk patient behöver alltid sjukhusvård, utan stöd inom öppen vård kan vara tillräckligt.

AFFEKTIVA STÖRNINGAR

Centrala symptom för affektiva störningar är humörförändringar och tillhörande förändringar i aktivitetsnivån. De mest typiska exemplen på affektiva störningar är depression och bipolär sjukdom. I depression ingår endast de-pressionsperioder, i bipolär sjukdom både depressioner och maniska (upprymdhet) faser.

Ett centralt symptom i affektiva störningar är en längre förändring i humöret eller sinnestillståndet. En tillfällig eller kortvarig nedstämdhet är en naturlig reaktion på olika besvikelser och förluster. I affektiva störningar varar humörförändringen utan avbrott i minst 2–3 veckor, ofta i månader, ibland i år. I affektiva störningar förekommer även andra, varierande symptom förutom humörförändringar; till exempel naturlig och övergående sorg i samband med att förlora en anhörig är inte en affektiv störning. Klassificering av olika affektiva störningar baserar sig på symptomens karaktär, svårighetsgrad och varaktighet.



Depression

Centrala symptom vid depressionstillstånd är nedstämdhet, känslan av att förlora intresse och belåtenhet samt minskad energi. Andra typiska symptom för depression är försämrade koncentrationsförmåga, lägre självkänsla och självtillit, skuld- och värdelöshetskänslor, hopplöshet inför framtiden. Depressionstillstånd kan klassificeras som lindrig, medelsvår, svår eller psykotisk depression. Svårighetsgraden bedöms på basis av antalet symptom, deras karaktär och svårighetsgrad. Vid lindrig depression har personen lite svårigheter med dagliga aktiviteter och ofta förekommer två eller tre typiska symptom för depression. Symptomen hos en person som insjuknat i medelsvår depression påverkar märkbart det sociala umgänget och t.ex. arbetet. En person som lider av svår depression klarar knappt av att fortsätta arbeta eller att upprätthålla sina sociala kontakter. Till svår depression hör ofta värdelöshets- och skuldkänslor samt självdestruktiva tankar. Med psykotisk depression avses att personens tankevärld styrs av vanföreställningar eller hallucinationer.

Depression vårdas oftast med samtal och medicin, antingen som en kombination eller separat. Val av behandlingsform och medicinering bestäms individuellt enligt depressionens svårighetsgrad och patientens livssituation. Ju svårare depression det är fråga om, desto viktigare är medicinerbehandling. Vid medicinering fästs uppmärksamhet vid tillräcklig dosering, att medicineringen varar tillräckligt länge och uppföljning. Patienter som inte får tillräcklig hjälp av antidepressiv medicin kan gagnas av elbehandling. Elbehandling är en modern och effektiv behandlingsform för patienter med svår depression. En betydlig del av patienter som reagerar dåligt på antidepressiv medicin får hjälp av elbehandling. När depressionssymptomen förekommer upprepade gånger endast under den mörka vintertiden är det fråga om årstidsbunden depression. Ofta får man tillräcklig hjälp av ljusterapi. Regelbunden motion kan vara till hjälp men det ersätter inte annan vård av depression. I samtalsterapi koncentrerar man på att upprätthålla hoppet, att identifiera negativa tankemodeller och att hitta alternativ.

Bipolär sjukdom (bipolärt syndrom)

Patienter som har bipolär sjukdom har upprepade perioder då humöret och aktivitetsgraden är märkbart påverkade. Perioder med upphöjt humör och ofta även ökad aktivitet kallas mani. Förutom maniska perioder har personer med bipolär sjukdom också depressionsperioder då personens humör och aktivitet sjunker märkbart. I bipolär sjukdom motsvarar symptom bilden för depressionsperioden depressionssymptomen som beskrivs i delen för depressionstillstånd.





Stämningsstabiliserande medicin är den centralaste behandlingen av bipolär sjukdom. Oftast är medicineringen kontinuerlig och med den strävar man efter att stabilisera sjukdomens poler och att förlänga symptomfria och stabila perioder. Målet med behandlingen är att stödja patienten, hjälpa patienten att förbinda sig till medicinbehandlingen, göra det lättare att identifiera de tidiga symptomen för perioderna samt att lindra patientens och anhörigas svårigheter att anpassa sig till sjukdomen. Vid vårdplanering är det centralt att utreda vilken sjukdomsfas som pågår samt att beakta hur sjukdomen framskrider. Patienten bör få information om sin sjukdom (psykoedukation) t.ex. i grupper där man lär sig att kontrollera symptomen. Information hjälper patienten att förbinda sig till behandlingen. Allvarlig självdestruktivitet, psykotiska symptom, oförmåga att ta hand om sig själv och kraftigt nedsatt funktionsförmåga är ofta orsaker till sjukhusvård. Vid behov kan enligt mentalvårdslagen beslut om sjukhusvård fattas oberoende av patientens vilja.

SCHIZOFRENI OCH ANDRA PSYKOTISKA STÖRNINGAR

Psykos

Med psykos avses en mental störning som kännetecknas av störd verklighetsuppfattning. Med psykotiska symptom avses alltså ett tillstånd då personen upplever att antaganden eller föreställningar som produceras av fantasin är verkliga. Dessa symptom varierar. Centrala grupper inom psykosymptom är vanföreställningar eller delusioner och hallucinationer. En person som har vanföreställningar kan t.ex. känna sig förföljd eller föreställa sig att andra kan höra hans eller hennes tankar. Med hallucinationer avses att personen känner något som inte finns; hör tal, ser syner, känner obefintliga lukter eller känner beröringar på huden. De mest typiska hallucinationerna är hörselhallucinationer.

Vård av personer med psykotiska symptom sker främst inom öppen vård. Det är viktigt att familjen och närstående stöder patienten. Öppen vård kan ske t.ex. via besök på psykiatriska polikliniker, hembesök eller dagsjukhus. Medicinbehandling har en central roll. Om patienten samtidigt har depression med risk för självmord eller om symptomen är mycket belastande för patienten och omgivningen, kan sjukhusvård vara påkallad. Alltid kan inte patienten söka hjälp, sjukdomsinsikten kan vara bristfällig och situationen kan förvärras lite i sänder. Familjen eller utomstående kanske måste föra en patient med psykotiska symptom till sjukhusvård. Utgångspunkten för en förtrolig vårdrelation och samarbete kan vara krävande. Ibland måste man i dessa situationer tillgripa vård oberoende av vilja, men i första hand strävar man efter frivillighet.

Schizofreni

Schizofreni är den vanligaste av långvariga psykotiska sjukdomar. Att insjukna i schizofreni innebär en svår splittring av personligheten, försvagad verklighetsuppfattning och nedsatt funktionsförmåga. Ofta drar sig patienten undan sociala kontakter. I Finland är utbredningen av schizofreni lite över en procent och den är lika vanlig hos män och kvinnor.

Många faktorer påverkar uppkomsten av schizofreni. Schizofreni visar sig på många olika sätt som är svåra att förklara med enda enhetlig orsaksfaktor. Nuförtiden tänker man att schizofreni beror på samverkan av ärftlig känslighet och miljöfaktorer.

En förtrolig och långsiktig vårdrelation är grunden för vård och rehabilitering av schizofreni. De centrala i vård av schizofreni är att olika behandlingar kombineras så att de bildar en helhet som lämpar sig för patientens livssituation, är vederbörlig och främjar tillfrisknandet. Målet med vård och rehabilitering är att avlägsna patientens symptom eller lindra dem, förhindra nya psykosperioder eller minska deras antal och svårighetsgrad samt förbättra den psykosociala funktionsförmågan och livskvaliteten. God vård är ofta en kombination av flera behandlingsformer och samarbete mellan primärvården, den specialiserade sjukvården och anhöriga behövs. En rehabiliteringsplan görs ofta upp i multiprofessionellt samarbete i vilket patienten och anhöriga deltar. Med psykoedukation av hela familjen strävar man efter att öka den insjuknades och anhörigas förståelse för den psykiska sjukdomen samt att stödja anhörigas ork. Medicinering har en central roll men alla blir inte tillräckligt hjälpta av medicin. Man strävar efter att ge minsta möjliga effektiva dos och att minimera biverkningar. Samtalssterapin är ofta stödgivande, praktisk och fokuserar på problem i vardagen. Sjukhusvård kan behövas i början av behandlingen eller också senare i kris-situationer.

PERSONLIGHETSSTÖRNINGAR

Personlighetsstörningar är långvariga mentala störningar som påverkar funktionsförmågan och sociala relationer. Personlighetsstörningar visar sig som avvikande personlighetsdrag. De finns olika slags personlighetsstörningar; uppträdandet kan vara till exempel isolerande, uppmärksamhetssökande, besynnerligt, obalanserat, fientligt, beroende av andra, okontrollerat eller tvångsmässigt. Till personlighetsstörningar hör ofta olika typer av depression och ångeststörningar. I vissa personlighetsstörningar kan det förekomma missbruk av alkohol eller andra berusningsmedel.





Enligt nuvarande sjukdomsklassifikation hör till personlighetsstörningar bl.a. följande störningar:

Paranoid personlighetsstörning
Schizoid personlighetsstörning
Antisocial personlighetsstörning
Emotionellt instabil personlighetsstörning
Histrionisk personlighetsstörning
Anankastisk personlighetsstörning
Ängslig personlighetsstörning
Osjälvständig personlighetsstörning

Faktorer som påverkar uppkomsten av personlighetsstörningar är inte helt kända. Det är känt att det finns ett samband mellan genetiska och andra bio-logiska faktorer samt miljöfaktorer och uppkomst av personlighetsstörningar.

Personer med personlighetsstörning söker själva sällan vård för den egentliga störningen. I stället söker de hjälp för t.ex. livskriser, ångest eller depression som de är mer benägna att få än andra människor. Det är svårt att ändra personlighetsdrag och beteende som hör ihop med vanor och tankar, och ändringar sker långsamt. I samtalsterapi strävar man efter att patienten ska lära sig att ta ansvar för sina handlingar samt lär sig relationer mellan orsak och verkan i fråga om beteende och händelser. Patienten får stöd att styra eventuell impulsivitet och man övar sociala beteendemodeller. Medicinbehandling används i samband med störningar för eventuell depression, ångest och rädsla.

ÅNGESTSTÖRNINGAR

Man bör skilja på ångest och ångeststörning. Ångest är en följd av svårigheter och konflikter i livet och personer som lider av ångest klarar oftast av det med hjälp av kristerapi eller stöd från anhöriga. Ångestreaktioner är alltså i och för sig normala känslotillstånd som hör ihop med att vårt välmående är hotat.

Ångeststörningar (olika fobier såsom social fobi, paniksyndrom, generaliserat ångestsyndrom, tvångssyndrom) är de vanligaste mentala störningarna. De börjar ofta i barn- eller ungdomen. Cirka 25 % av befolkningen lider av en ångeststörning i något skede av livet.

Ångeststörningar är ofta långvariga och således kräver de också långvarig vård. Depression är mycket vanligt i samband med ångeststörningar. Därför är det viktigt att identifiera båda störningarna så fort som möjligt när de förekommer samtidigt. Patienter med ångest använder mycket av hälsotjänster, men endast en del kan söka hjälp uttryckligen för ångeststörningen. Ångeststörningar behandlas med olika terapimetoder i kombination med medicinbehandling. Med medicin kan man behandla förutom psykisk ångest även fysiska symptom som ingår i syndromet.

ÄTSTÖRNINGAR

Ätstörningar är syndrom med avvikande ätvanor i vilka ingår allvarliga störningar den psykiska, fysiska eller sociala funktionsförmågan. De mest kända faktiska ätstörningarna är anorexi (anorexia nervosa) och bulimi eller hetsätning (bulimia nervosa). Båda kan också förekomma i atypiska former då de inte uppfyller kraven för faktisk vård. Oftast drabbas unga flickor av ätstörningar, endast 5 – 10 % av patienter som lider av ätstörningar är män.

Ofta hemlighålls och förnekas ätstörningen. Målet med vården är att åtgärda undernäringstillståndet och normalisera ätbeteendet. Patienterna behöver kostupplysning, rådgivning och samtalsterapi. Medicinbehandling kan behövas, vid bulimi har det större betydelse än vid anorexi. Det generella målet är öppen vård som kan ske enligt lokala förhållanden på ett vårdställe som koncentrerar sig på ätstörningar, inom den specialiserade sjukvården eller primärvården. I behandlingen behövs samarbete mellan flera yrkespersoner, patienten och familjen.

Sjukhusvård behövs om undernäringstillståndet är mycket svårt, om patienten har betydande somatiska eller psykiska bisymptom eller -störningar eller om han/hon inte får tillräckligt med stöd från den närmaste omgivningen. I situationer då patienten vägrar vård på avdelning trots att den psykiska och somatiska situationen är livshotande, bör vård påbörjas oberoende av patientens vilja.

RUSMEDEL OCH PSYKISK HÄLSA

Alkohol och andra rusmedel kan orsaka olika slags psykiska symptom. De kan påverka bl.a. depressions- och ångestsymptom i två riktningar. Personen kan använda alkohol liksom medicin som dämpar ångest. Detta kan leda till regelbunden och riklig användning av alkohol, även om den ångest-dämpande effekten med tiden minskar. Å andra sidan är användning av





alkohol och andra rusmedel en av de faktorer som påfrestar kroppen, gör den känsligare och producerar kraftiga ångestkänslor. När personen slutar använda rusmedel försvinner oftast dessa psykiska symptom inom några veckor. Däremot i en s.k. dubbeldiagnos fortsätter de psykiska symptomen länge efter att personen blivit nykter. Med dubbeldiagnos avses ofta att personen har förutom missbruksproblem någon mental störning som inte orsakats direkt av rusmedlet. Definitionen kan orsaka förvirring eftersom man ofta inte har officiellt diagnostiserat båda störningarna, men man ser att de existerar.

Dubbeldiagnoser är vanliga. Till exempel ungefär hälften av patienter med schizofreni eller bipolär sjukdom har också missbruksproblem i något skede av sjukdomen.

Vid behandling av patienter med dubbeldiagnos bör man fästa uppmärksamhet vid att både missbruksproblemet och den psykiatriska störningen behandlas. Behandling av psykiska störningar lyckas inte på bästa möjliga sätt om missbruksproblemet inte åtgärdas. Ofta upprätthåller eller förvärrar rusmedlen symptomen. Riklig användning av till exempel alkohol och benzodiazepiner kan vara orsak till att medicinbehandling eller samtalsterapi inte lindrar depression eller ångest.

Vård av patienter med dubbeldiagnos har dominerats av sekventiella och parallella behandlingsmodeller. I båda modellerna ingår två vårdinstanser (t.ex. A-klinik och psykiatrisk poliklinik). I den sekventiella modellen behandlas först det ena problemet och när man uppnått ett tillräckligt bra resultat börjar man behandla det andra problemet. I den parallella modellen behandlas båda problemen samtidigt, men båda störningarna behandlas hos en separat vårdinstans. En nyare behandlingsmodell för patienter med dubbeldiagnos är så kallad integrerad behandling. Enligt den behandlar en vårdinstans patienten som en helhet.

PSYKISK REHABILITERING

Begreppet psykisk rehabilitering används i Finland som ett allmänt begrepp för rehabilitering av psykiskt sjuka. Både individuella rehabiliteringsåtgärder som genomförs på psykiatriska vårdenheter och åtgärder som genomförs på samhällsnivån för att främja allmän psykisk hälsa kan anses höra till rehabilitering. Ofta är det onödigt att skilja begreppen vård och rehabilitering från varandra. Syftet med rehabilitering är att främja människors arbets- och funktionsförmåga.

I rehabiliteringsprocessen ingår målinriktade planer, åtgärder och bedömning av hur rehabiliteringen framskrider. Psykisk rehabilitering bör främst betraktas som ett samspel och samarbete mellan rehabiliteringsklienten och yrkespersoner. Rehabiliteringen baseras på ett multiprofessionellt betraktelsesätt där ingen enstaka yrkesgrupp har den enda rätta lösningen. Rehabiliteringen bör grunda sig på en rehabiliteringsplan som görs upp i samarbete med rehabiliteringsklienten och arbetsgruppen som vårdar denne och eventuellt anhöriga till rehabiliteringsklienten. Ofta ansvarar en multiprofessionell arbetsgrupp för genomförandet av rehabilitering. Rehabiliteringen kan bestå av t.ex. samtalsterapi, individuell eller grupperapi eller arbetsverksamhet.

SJUKDOM OCH FÖRSÖRJNING

När en familjemedlem insjuknar psykiskt blir frågor om försörjning av familjen och rehabiliteringsklienten aktuella. Sjukledighetens längd kan inte förutses och det är möjligt att man funderar över andra alternativ för försörjning efter sjukledigheten, till exempel rehabiliteringspenning eller pension. Man måste alltid söka ekonomiskt stöd och tjänster – de beviljas inte automatiskt. Sökprocessen kan först kännas komplicerat när man har nya blanketter och begrepp framför sig. För rehabiliteringsklienter inom mentalvården gäller samma lagstadgade förmåner som för andra handikappgrupper. Förutsättningen för beviljande av förmåner är att det funktionella menet beskrivs så konkret som möjligt.

Ofta upplever anhöriga att det ligger på deras ansvar att söka förmåner. Kommunerna och olika organisationer har flera tjänster som stöder rehabiliteringsklienter i denna stöddjungle. På psykiatriska enheter och polikliniker finns det socialarbetare vars uppgift är att stödja rehabiliteringsklienter vid sökande av förmåner. Enligt förvaltningslagen ska myndigheterna inom ramen för sin behörighet ge sina kunder råd samt svara på frågor som gäller utträttandet av ärenden.

Patientens rättigheter

(Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992)

I Finland finns det en lag om patientens rättigheter. Lagen gäller för alla tjänster inom hälso- och socialvården. I lagen stadgas om bl.a. följande:

- Patienten har rätt till god vård.
- Vården ska ges i samförstånd med patienten.
- Patienten ska få information om sitt hälsotillstånd, omfattningen av vården, riskfaktorer och behandlingsalternativ.





- En patient som står i vårdkö ska alltid meddelas tidpunkten för vård.
- En patient som är missnöjd med vården kan framställa en anmärkning till vårdanstalten om vården eller bemötandet.

Om patienten inte kan fatta beslut om vården, ska anhöriga eller någon annan närstående person höras. Om detta inte kan utredas, ska patienten vårdas på ett sätt som bedöms vara förenligt med hans bästa.

Vårdbeslut ska fattas i samförstånd med patienten. Om patienten vägrar ta emot en viss vård eller behandling, strävar man efter att överenskomma om en annan behandling. Ur en anhörigs synvinkel kan det vara frustrerande och oroande om patienten vägrar ta emot vård. Detta kan dock vara övergående och situationen kan ändras med tiden.

Patientombudsman

Varje verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård har en patientombudsman. Patientombudsmannen ger information om patientens rättigheter och bistår vid behov i framställande av anmärkning eller anförande av klagan angående vård eller i framställande av ansökan om ersättning vid felbehandling.

Sjukledighet, rehabilitering eller pension

FPA betalar sjukdagpenning som ersättning för inkomstförlust. När sjukdagpenning har betalats i 60 dagar utreder FPA om din sjukdom kan ha nytta av rehabilitering. Om du har fått sjukdagpenning i 150 dagar sänder FPA ett brev med en beskrivning över olika rehabiliteringsmöjligheter samt vid behov om sökande av pension eller annan ersättning (rehabiliteringsstöd). Invalidpension kan sökas när maximitiden (300 dagar) för sjukdagpenning uppnåtts. Sjukdagpenning är skattepliktigt inkomst.

Rehabiliteringsstöd är en tidsbegränsad invalidpension. Om arbetsförmågan kan återställas med hjälp av vård eller rehabilitering kan invalidpension beviljas som rehabiliteringsstöd för en viss tid. Förutsättningen är att tiden för arbetsoförmåga har varat eller bedöms vara i minst ett år. Rehabiliteringsstödet beviljas som full pension om förvärvsförmågan är nedsatt med minst tre femtedelar. Om arbetsförmågan är nedsatt med minst två femtedelar kan delrehabiliteringsstöd beviljas. Delrehabiliteringsstöd kan beviljas som stöd för återgång till arbetet också när fullt rehabiliteringsstöd tar slut.

Pensioner tryggar försörjningen under ålderdom, arbetsoförmåga eller när en åldrad person är arbetslös. I Finland finns det två lagstadgade pensions-

system som kompletterar varandra: folkpension och arbetspension. Arbetspensioner intjänas för eget lönearbete och företagande. Det finns flera arbetspensionsanstalter som ansvarar för arbetspensioner.

FPA:s andra förmåner är: rehabiliteringspenning, bostadsbidrag, rehabilitering, vårdbidrag för pensionstagare, handikappbidrag och läkemedelsersättningar.

Inom socialförvaltningen finns följande förmåner: utkomststöd, stöd för närståendevård, underhållsärenden, barnskydd, dag-vårdstjänster, hemservice och stödtjänster samt service inom missbrukarvård.

Förmedlingskonto och intressebevakning

(Laki holhoustoimesta 1999/442)

Intressebevakning kan vara behövt om personen på grund av sjukdom inte kan bevaka sina intressen eller sköta sina angelägenheter. Intressebevakare förordnas dock endast om angelägenheter inte på annat sätt blir skötta på lämpligt sätt. Magistratet eller tingsrätten utser intressebevakaren och som bevakare kan fungera en närstående person eller en allmän intressebevakare. Kommunens magistrat ger mer information om intressebevakning. Mottagare av utkomststöd har möjlighet att söka ett förmedlingskonto hos den egna socialarbetaren som sörjer för att räkningar betalas i tid.

Ekonomi- och skuldrådgivning

(Laki yksityishenkilön velkärjestelystä, 25.1.1993/57)

Ekonomi- och skuldrådgivning är lagstadgat och avgiftsfritt för kunder. Rådgivningen hjälper bl.a. vid ordnande av betalningsplaner och skötsel av skulder.

Boendeservice

Boendeservice är avsedd för personer som av olika orsaker behöver stöd och service för att ordna sitt boende. Behovet av stöd definierar antalet stödåtgärder gällande boende (stöd dygnet runt/hyreslägenhet). Boendeservice är socialservice som det stadgas om i socialvårdslagen och som kommunen ansvarar för. Du kan fråga om alternativ hos vårdinstansen eller socialförvaltningen.





Stöd för närståendevård

Stöd för närståendevård är lagstadgad socialservice som ligger på kommunens ansvar. Stöd för närståendevård kan beviljas om rehabiliteringsklienten till exempel på grund av nedsatt funktionsförmåga bör vårdas i hemförhållanden och en anhörig är beredd att binda sig vid vård av klienten. Stöd kan beviljas för både kort- eller långvarigt vårdbehov. Förutom ekonomiskt stöd har närståendevårdaren rätt till lediga dagar då kommunen ordnar vård för den anhöriga. Stöd för närståendevård söks på kommunens socialbyrå.

KÄLLOR:

Mielenterveysongelmat ja psykiatrian suuntaukset 1995

Furman B (toim.), Forsman H, Saarela T. WSOY

Käytännön mielenterveystyö 2010

Hietaharju P, Nuutila M. Livonia Print

Masennus 2011

Heiskanen T, Huttunen M O, Tuulari J. (toim.). Duodecim

Perusterveydenhuollon psykiatria 1996

(toim.) Isohanni M, Larivaara P, Winblad I. Duodecim

Mielenterveyshoitotyö 2010

Kuhanen C, Oittinen P, Kanerva A, Seuri T, Schubert C. WSOYpro

Psykiatria 2005

Lepola U, Koponen H, Leinonen E, Joukamaa M, Isohanni M, Hakola P. WSOY

Tietoa & tukea psyykkisesti sairastuneen omaisille -opas

Omaisiet mielenterveys-työn tukena, Uudenmaan yhdistys ry.

Omaisien ABC-ryhmä - Opas ohjaajalle 2010

Omaisiet mielenterveystyön tukena Tampere ry.

Tilaa ilolle 2004. Hyvinvointiopas mielenterveyskuntoutujaan omaiselle

Aminoff K, Mäkipää M, Nyberg K & Stengård E

Omaisiet mielenterveystyön tukena keskusliitto ry.

Arjessa mukana, Omaistyön käsikirja 2009

Luodesmäki S, Ray K & Hirstiö-Snellman P

Omaisiet mielenterveystyön tukena keskusliitto ry.

God medicinsk praxis

<http://www.kaypahoito.fi/web/svenska/hemsida>

FINLEX – Statens författningsdata

<http://www.finlex.fi/sv/>

Social- och hälsovårdsministeriet

<http://www.stm.fi/sv/startside>

FPA

<http://www.kela.fi/web/sv>

Arbetspension.fi

<http://www.tyoelake.fi/sv/Sidor/Etusivu.aspx>

Centralförbundet för Mental Hälsa rf.

http://www.mtkl.fi/pa_svenska/

Tillstånds- och tillsynverket för social- och hälsovården

<http://www.valvira.fi/se/>

Tehoa kaksoisdiagnoosien hoitoon

Aalto M 2008

<http://www.julkari.fi/handle/10024/102164>

Mielenterveyskuntoutus. Kuntoutussäätiö

www.kuntoutusportti.fi

Magistraterna

<http://www.maistraatti.fi/sv/>

Ahdistuneisuus ja pelkotilat

Mäkelä R 2010

<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/142-ahdistuneisuus-ja-pelkotilat>

Kaksoisdiagnoosi

Aalto M 2009

<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/145-kaksoisdiagnoosi>

LÄNKAR

HNS

<http://www.hus.fi/sv/om-hns/Sidor/default.aspx>

Anhörigas stöd för mentalvården centralförbund

<http://www.omaisten.org/pa-svenska>

Föreningen för Mental Hälsa i Finland

<http://www.mielenterveysseura.fi/sv>

Centralförbundet för Mental Hälsa rf

http://www.mtkl.fi/pa_svenska/

KONTAKTINFORMATION

Anhörigas stöd för mentalvården, Nylands förening rf

Stockholmsgatan 2, 7 vån

00250 HELSINGFORS

Tel. 09 686 0260

otu@otu.fi

www.otu.fi

www.facebook.com/omaisetusimaa

