



EXAMENSARBETE

Hösten 2012

Sektionen för hälsa och samhälle
Omvårdnad. Kurskod VE8670

Att känna sig hjälpt eller stjälp- Hur personer med schizofreni upplever mötet med vårdpersonalen

Författare

David Hultner

Handledare

Malin Sundström

Examinator

Kerstin Blomqvist

Att känna sig hjälpt eller stjälpt- Hur personer med schizofreni upplever mötet med vårdpersonalen

Författare: David Hultner

Handledare: Malin Sundström

Litteraturstudie

Datum: 2012-10-25

Sammanfattning

Bakgrund: Schizofreni finns hos 24 miljoner människor i världen. Travelbee (1972) menar att enda sättet att uppnå omvårdnadens mål är att skapa en genuin mellanmänsklig relation. För ett gott bemötande behöver vårdpersonalen veta hur patienten upplever mötet. Det bör vara mottagarens behov som styr. **Syftet:** Syftet var att belysa hur personer med schizofreni upplever mötet med vårdpersonalen. **Metod:** En allmän litteraturstudie baserad på nio vetenskapliga artiklar genomfördes. **Resultatet:** Resultatet visade att personer med schizofreni upplevde mötet med vårdpersonalen som både positivt och negativt. De ville bli sedda som individer, vilket uppnåddes med varierande resultat. Det framkom att personer med schizofreni upplevde att de blev förbisedda, generaliserades och nedvärderades av vårdpersonalen. **Diskussion:** Utifrån resultatets fynd fördes en diskussion kring betydelsen av vårdpersonalens bemötande för patienten, vad patienterna önskade för förbättringar och möjliga anledningar till ett mindre bra bemötande. **Slutsats:** Såväl omvårdnadsteori som svensk lagstiftning lyfter fram vikten av att förstå patienten, för att ge en god omvårdnad och ett gott bemötande.

Nyckelord: Schizofreni, Upplevelser, Möte, Vårdpersonal

To feel helped or tipped- How people with schizophrenia experience meeting with nursing staff

Author: David Hultner

Supervisor: Malin Sundström

Literature review

Date: 2012-10-25

Abstract

Background: Schizophrenia affects 24 million people around the world. Travelbee (1972) believe that the only way to achieve good nursing is to create a genuine interpersonal relationship. Good treatment needs care staff to know the patient's experiences of meeting. It should be the recipient's needs who determine. **The aim:** was to illuminate how people with schizophrenia experience meeting with nursing staff.

Method: A literature review based on nine scientific articles was performed. **Result:** The results showed that people with schizophrenia experienced the meeting with nursing staff as both positive and negative. They wanted to be seen as individuals, which was achieved with varying results. It was found that people with schizophrenia felt that they were overlooked, generalized and belittled by the nursing staff.

Discussion: Based on the result's findings was a discussion about the importance of nursing staff attitude to patients, patients' desired improvements and possible reasons for a less good response. **Conclusion:** Both nursing theory and Swedish law highlights the importance of understanding the patient, by doing this good nursing can be created.

Keywords: Schizophrenia, Experiences, Meetings, Caregivers

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
SYFTE	7
METOD	7
Design	7
Urval.....	7
Datainsamling	8
Genomförande och analys.....	8
Författarens förståelse	9
Etiska överväganden	9
RESULTAT	9
Att känna sig som en individ.....	10
Att känna sig förbisedd, generaliserad och nedvärderad	12
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion.....	17
Slutsats	22
REFERENSER	23

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

Bilaga 3 Checklista för kvalitativa artiklar enligt Forsberg och Wengström

BAKGRUND

Schizofreni är en sjukdom som drabbar 24 miljoner människor runt om i världen. (WHO 2012). Schizofreni tillsammans med schizotypa störningar samt vanföreställningssyndrom står för cirka 18 % av alla psykiatriska vårdtillfällen i Sverige (Allgulander 2008). Det är en stor grupp människor som sjukvården dagligen kommer i kontakt med. Som sjuksköterska är det viktigt att ha en insyn i hur patienterna upplever sin sjukdom för att på bästa vis kunna bemöta dessa personer. Sjuksköterskor som vet hur patienten upplever bemötandet från sin yrkesgrupp får möjligheten att anpassa sig och sin omvårdnad till den enskilde patienten.

Schizofreni kommer av grekiskans *scizein* som betyder splittra/klyva och *frén* som betyder sinne. För att diagnostiseras med schizofreni ska en person ha haft minst två av följande symtom: vanföreställningar, hallucinationer, osammanhängande tal, osammanhängande alternativt avvikande rörelsemönster och negativa symtom i form av exempelvis viljelöshet eller utarmat känsloliv. Störningen ska ha pågått under minst sex månader, där de specifika symtomen som nämns ovan skall ha funnits under minst en månad (Allgulander 2008). Att en person med schizofreni kan ha en annorlunda verklighetsuppfattning än en person utan sjukdomen gör inte att sjukvårdspersonalen kan bortse från deras åsikter och uppfattningar.

Birkler skriver att en patients såväl fysiska status som hans/hennes sinnen påverkar hur personen upplever saker och ting. Han tar upp två exempel som förtydligar detta. En frisk person kan uppleva solljus som behagligt och varmt, medan en person med migrän kan uppleva det som näst intill olidligt. Doften av mat kan vara en helt underbar upplevelse för en person, men för någon med dålig aptit kan samma doft väcka kräkreflexer (Birkler 2007). Genom Birklers exempel ovan belyses hur olika personer som är med om samma händelse upplever den på helt olika sätt. Då sjukvårdspersonal dagligen kommer i kontakt med patienter med vitt skiljande bakgrunder, diagnoser och upplevelser är det viktigt att personalen förstår att människor är olika och försöker förhålla sig till detta så gott de kan.

I kontakten mellan patient och vårdpersonal, oavsett yrkeskategori, utgör kvaliteten i mötet mellan de båda parterna en viktig del och kan avgöra hur vårdpersonalen når framgång i sin strävan att hjälpa patienten. Travelbee (1972) menar att det enda sättet att uppnå omvårdnadens mål och syfte är genom att skapa en genuin mellanmänsklig relation mellan sjuksköterska och patient. Sjuksköterskan måste kunna "se" människan i patienten, som en unik individ. Efterhand som patient och sjuksköterska möts upprepade gånger och ett förtroende skapas fördjupas relationen och även patienten i sin tur börjar se sjuksköterskan som en unik individ, snarare än endast en yrkesroll.

I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor tas det redan under kodens första område *Sjuksköterskan och allmänheten* upp hur yrkesutövande sjuksköterskor ska agera. De ska i sitt arbete ge en omvårdnad som tar hänsyn till människors värderingar och vanor. De ska respektera de mänskliga rättigheterna och den enskilde individens tro. Vidare ska de informera om rätten för patienten att välja eller vägra behandling (Svensk sjuksköterskeförening 2008). Som ett led i den etiska kodens anda borde det rimligtvis ingå att lyssna och ta in patientens åsikter. För att kunna göra detta behöver sjuksköterskan också veta hur patienterna upplever bemötandet i sin kontakt med dem för att sedan kunna förhålla sig och anpassa sig efter detta.

Det är av vikt att sjuksköterskan har förståelse för och kännedom om patienten inom olika områden. Det kan vara patientens drömmar, mål i livet, dagliga behov och vad som betyder mycket för den enskilde individen. Genom detta skapas ett terapeutiskt band mellan patienten och sjuksköterskan. Denna kunskap hjälper sjuksköterskan att välja rätt omvårdnadsåtgärder för den enskilde patienten (Dearing 2004). Följande citat beskriver det vidare:

You start to know who they are and what they are, and. . . how they are, and so it's actually a nice thing to be able to have these histories. . . . There's a lot of openness once they trust you and . . . know how you are going to work with them. Not only do we know them, they know us, and so with that, there's a lot of openness and willingness to usually just join in treatment (Dearing 2004, s. 159).

För att kunna skapa denna förståelse och kunskap om patienten borde rimligtvis patientens upplevelse av bemötandet från vårdpersonalen vara viktigt. Genom att vårdpersonalen får reda på hur patienten upplever bemötandet kan denne anpassa sig utefter patientens behov och det denne upplever som viktigt. När denna möjlighet för anpassning till patienten öppnar sig för sjuksköterskan eller vårdpersonalen kan de planera eller utföra en omvårdnad som passar personen med schizofreni optimalt.

SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att belysa hur personer med schizofreni upplever mötet med vårdpersonalen.

METOD

Design

Uppsatsen har genomförts som en allmän litteraturstudie, vilken har sin utgångspunkt i vetenskapliga artiklar. Det innebär att kunskapsläget inom ett bestämt område beskrivits med hjälp av studier utvalda för ändamålet (Forsberg & Wengström 2008).

Urval

Artikelsökningen inleddes med att titlarna och abstracten lästes och sedan valdes artiklar som passade ut efter syftet. De valda artiklarna lästes sedan i fulltext för att bedöma om de var relevanta till syftet. Inklusionskriterierna bestod av personer, både män och kvinnor, som var diagnostiserade med sjukdomen schizofreni och var över 18 år gamla. I vissa studier ingick olika diagnoser utöver schizofreni, det rörde sig då om olika psykosjukdomar och även dessa artiklar inkluderades. Vårdpersonalen i artiklarna var från olika yrkesgrupper, exempelvis sjuksköterskor, läkare och psykologer arbetande inom någon av inriktningarna psykiatri, primärvård eller somatik. Det innebär att personerna med schizofreni befann sig i olika kontext och olika perioder i sjukdomen. Artiklarna utgick från ett patientperspektiv och var kvalitativa. Artiklarna var publicerade mellan åren 2000-2012 och samtliga var peer-reviewed (Forsman 1997). Valet av studier begränsades till att vara genomförda i ett västerländskt land för att få ett för svenska förhållanden så rättvisande resultat som möjligt. Ingrid Hanssen (2007) skriver att skandinaviska vårdarbetare är ett resultat av det västerländska samhället, som uppvisar påtagliga individualistiska drag. Till skillnad från patienter från etniska

minoriteter som ofta kommer från ett samhälle med ett kollektivistiskt synsätt. Urvalet begränsades till artiklar som var skrivna på svenska eller engelska, alternativt något av de andra skandinaviska språken.

Datainsamling

Artikelsökning utfördes i databaserna; Cinahl, PubMed, och PsycINFO (Polit & Beck 2006). Databaserna valdes då de innehåller studier inom området omvårdnad, med ämnen som överensstämmer med fördjupningsarbetets syfte. Följande sökord användes under artikelsökningen; empathy, schizophrenia, nurse-patient relation, professionals-patient relation, communication*, experiences of psychosis, nurs*, experience* och prejudice. Sökorden kombinerades i olika konstellationer och en boolesk sökteknik med operatörerna AND och OR användes. Vidare genomfördes manuell sökning i sedan tidigare påträffade artiklars litteraturlistor (Friberg 2006). De artiklar som påträffades i litteraturlistorna som såg ut att vara av intresse söktes upp och kontrollerades mot inklusionskriterierna. En artikel som uppfyllde inklusionskriterierna och stämde överens med arbetets syfte påträffades vid den manuella sökningen varpå denna togs med för analys. Sökningar i databaser som lett fram till att artiklar hittats och valts ut redovisas i sökschemat. Samtliga sökbegrepp som använts i PubMed och Cinahl användes även i PsycINFO. Vissa sökningar har inte redovisats i sökschemat med anledning av att artiklarna inte stämde med syftet eller var dubletter. Sökningar på endast experience AND schizophrenia i databaserna gav för stort antal träffar, mellan cirka tusen och två tusen artiklar.

Genomförande och analys

Samtliga artiklar som identifierats genomlästes och en bedömning av huruvida de stämde in på fördjupningsarbetets syfte gjordes. De artiklar som stämde överens med syftet och därmed skulle utgöra grunden för litteraturstudien numrerades för att undvika förväxlingar under arbetets gång. Resultatdelen i de utvalda artiklarna lästes upprepade gånger för att skapa en djupare förståelse. Därefter markerades de delar som stämde överens med syftet med en överstrykningspenna. När meningsbärande enheter i resultatdelen i samtliga artiklar var markerade utifrån syftet kopierades alla artiklarna. Därefter klipptes de meningsbärande enheterna ut för att göra analysen lättare. Kopia på artiklarna togs för att det skulle kunna vara möjligt att gå tillbaka och läsa texten i

helhet och inte förlora innebörden i dem. Urklippen sorterades genom att materialet först delades upp i positiva och negativa upplevelser, därefter sorterades urklippen i respektive grupp efter likheter och skillnader. När urklippen var sorterade framkom det olika kategorier som namngavs. Vidare analyserades urklippen en andra gång och uppdelningen i positivt och negativt togs då bort eftersom kategorierna i vissa fall visade sig vara likartade men texten tog upp såväl positiva som negativa aspekter. Efter andra omgången i analysen hade fyra kategorier framkommit. Materialet analyserades sedan en tredje och sista omgång där slutresultatet blev de två kategorier som resultatet består av. Bedömningen av artiklarnas kvalitet gjordes utifrån Forsberg & Wengströms (2008) checklista för kvalitativa och kvantitativa artiklar (Bilaga 3).

Kvalitetsbedömningen grundades på antal positiva svar med fokus på syfte, metod samt etiskt godkännande.

Författarens förförståelse

Min förförståelse utgjordes av att jag med min bakgrund som skötare inom slutenvårdspsykiatri trodde att personer med schizofreni ofta kände sig mindre bra bemötta av vårdpersonal, men att detta kunde skifta mellan det bättre eller sämre bemötandet beroende på vilken personal de träffade, men också inom vilken specialitet den personen arbetade. Jag trodde att det kunde finnas en skillnad mellan exempelvis psykiatriska avdelningar och somatiska avdelningar. Vidare trodde jag att mötet med vårdpersonalen kunde uppfattas olika beroende på vilken yrkeskategori de tillhörde.

Etiska överväganden

De studier som användes i fördjupningsarbetet var granskade av en etisk nämnd. Det innebär att de var etiskt granskade (Forsman 1997). De artiklar som valdes ut under artikelsökningen och svarade på fördjupningsarbetets syfte togs med oberoende av vad de redovisade för resultat. Syftet med tillvägagångssättet var att få ett så rättvisande resultat som möjligt (Friberg 2006).

RESULTAT

Resultatet av litteraturstudien gav för handen att personer med schizofreni upplever mötet med vårdpersonalen som skiftande. Det kunde pendla mellan positivt och negativt och ibland som en kombination av båda. Resultatet redovisas i två kategorier, *Att känna sig som en individ* och *Att känna sig förbisedd, generaliserad och nedvärderad*.

I resultatet benämns sjukvårdspersonalen som sjuksköterskor, läkare, psykologer eller sjukvårdspersonal. Detta beroende av att benämningarna skiljer i de olika artiklarna som tagits med i litteraturstudien.

Att känna sig som en individ

I mötet som personerna med schizofreni hade med vårdpersonalen framkom det att de upplevde det som positivt att vårdpersonalen gjorde det möjligt för dem att fortsätta sina liv som tidigare. I den meningen att de fortsatte ha kontakt med världen utanför. De blev inte helt institutionaliserade utan uppmuntrades istället att ha sociala kontakter med vänner och familj, fortsätta med sina hobbies, ta emot besök på avdelningen och att träffa sina husdjur utanför avdelningen (Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen, Välimäki 2007; Walton 2000).

”In some ways, then, health professionals not only formed part of the participants’ world, but also encouraged them to stay engaged in the world in a wider sense.” (Walton 2000, s. 80).

Respondenterna i en artikel upplevde att mötet med vårdpersonalen gav mer än den formella meningen med besöket. Utöver den injektion de skulle få av sjuksköterskan kände de att det fanns möjlighet att lyfta frågor och funderingar som de bar på. De fick ett förtroende för sjuksköterskan som gjorde att de vågade ställa frågor utan rädsla för att bli sedda som konstiga eller uttittade. De kunde ställa frågor om sina mediciner och hur dessa påverkade deras sexlust utan att känna blygsel, något de inte vågat ta upp med den läkare som skrivit ut medicinen. De upplevde sjuksköterskan som lyssnande, pålitlig och närvarande, vilket gav en upplevelse av att de kunde berätta om sin familjesituation och sitt privatliv (Phillips, Mccann 2007). Flera personer upplevde det som positivt att vårdpersonalen uppmuntrade till sociala kontakter med andra patienter, de fick stöd i att skapa kontakt med andra människor. Kontakten med andra gav större fokus på vad som hände runt omkring dem, snarare än vad som pågick inne i deras huvuden (Walton 2000). I en artikel säger en patient att han tyckte om att komma till kliniken, han hade vänner där i form av andra patienter som tillsammans med

sjuksköterskan gjorde att besöket blev en positiv upplevelse (Phillips, Mccann 2007). Det var dock inte alltid som sociala kontakter uppmuntrades, vilket upplevdes som negativt för den som drabbades. En kvinna kände att vårdpersonalen motarbetade hennes relation med sin pojkvän, som också hade schizofreni. Vårdpersonalen menade att de båda behövde ”normala” vänner (Walton 2000).

Det upplevdes inte alltid som positivt att vårdpersonalen uppmuntrade dem att fortsätta sina ”vanliga” liv eller odla sociala kontakter. Istället önskade de mer stöd och kontroll. Patienterna kände en trygghet och ett stöd från vårdpersonalen när dem övervakades, så att de inte skadade sig själv eller någon annan. Fanns en sådan risk var vetskapen att vårdpersonalen skulle ingripa och hindra dem något som upplevdes som positivt (Koivisto, Janhonen, Väisänen 2004). Även de dagliga rutiner som vårdpersonalen skapade i form av fasta tider för måltider och när de skulle lägga sig eller väckas utgjorde ett stöd i att skapa trygghet (Pitkänen et al. 2007). En person i en studie upplevde att sjuksköterskan alltid fanns där för honom (Phillips, Mccann 2007) medan en patient i en annan studie önskade en större närvaro av sjuksköterskan och en högre grad av kontroll (Koivisto et al. 2004).

Patienterna upplevde det som viktigt att bli förstådda och respekterade av vårdpersonalen, att vårdpersonalen skulle förmedla sin vilja att finnas där och hjälpa patienten både verbalt och icke verbalt (Koivisto et al. 2004). Förmågan att lyckas varierade dock och mötet med vårdpersonalen uppfattades ibland som bra och ibland som sämre. Förmågan att lyckas kunde också skilja mellan olika professioner (Pitkänen et al. 2007; Schneider et al. 2004). När patienterna kände att vårdpersonalen på ett respektfullt sätt lyckades förmedla information om deras sjukdom eller medicinering så att de kunde förstå det som sades blev det lättare för dem att acceptera sin sjukdom och bli delaktiga i sin behandling (Phillips, Mccann 2007; Schneider et al. 2004).

Patienterna i en brittisk studie kände att vårdpersonalen lyssnade på dem, att de blev tillfrågade vad de tyckte och att vårdpersonalen tog sig tid att lyssna på deras svar. Det fick patienterna att känna sig som människor. De kunde berätta om sina problem för

vårdpersonalen för att sedan få hjälp att lösa dem (O'toole, Ohlsen, Taylor, Purvis, Walters, Pilowsky 2004). En kvinna berättade att det låg ett ansvar på henne som patient att vara delaktig i behandlingen, men detta kräver enligt henne att vårdpersonalen är villiga att lyssna på- och ta hänsyn till hennes åsikter. Vidare i samma artikel upplevde vissa deltagare vårdpersonalen som sina vänner, som hjälpte dem att acceptera och bearbeta sin sjukdom (Schneider et al. 2004). Patienterna uppskattade att vårdpersonalen visade intresse för dem genom att fråga om deras privatliv och ge dem utrymme att berätta om sina liv utanför avdelningen, för att sedan uppmuntra dem att återvända till det de hade innan de blev inlagda och även stötta dem i form av att ge förslag på hur de på egen hand kunde lösa ett visst problem (Phillips, Mccann 2007; Pitkänen et al. 2007). I en annan artikel nämner en patient att han uppskattade att hans läkare gav honom möjligheten att ha egna problem och att han också fick möjligheten att försöka lösa dem på egen hand. Läkaren gjorde de bra sakerna bättre och hjälpte patienten att förstå de sämre delarna (Schneider et al. 2004).

En person upplevde att vårdpersonalen anpassade sig efter dennes unika situation, om vårdpersonalen inte gjort det kände patienten att det hade det kunnat gå illa (Koivisto, Janhonen, Väisänen 2004). Det belystes ytterligare i en annan artikel där de lyfte fram att vårdpersonalen måste förstå att vissa personer med schizofreni har en rädsla för andra människor. Det är av stor vikt att vårdpersonalen har förståelse och inte tvingar sig på, utan snarare hjälper dem gradvis att bygga upp ett förtroende (Walton 2000).

Att känna sig förbisedd, generaliserad och nedvärderad

I några artiklar framkom det att patienterna upplevde att vårdpersonalen bemötte dem som en enda grupp, inte som enskilda individer. Känslan var att det erbjöds bara en standardbehandling för alla personer med schizofreni, som inte anpassades efter det individuella behovet. Likaså anpassade vårdpersonalen inte den information de lämnade efter den enskilda individen (Pitkänen et al. 2007; Shulze, Angermeyer 2003). Ett citat belyser ytterligare:

”More attention should be paid to the patient’s individuality. There are lots of things that concern everybody. However the patients that are here have different illnesses and are individuals” (Hätönen, Suhonen, Warro, Pitkänen, Välimäki. 2010, s. 1603).

I flera artiklar framkom det att patienterna upplevde att de inte fick någon information. De kände att de skulle fått reda på mer kring vad som hände med dem, vilka biverkningar som kunde förväntas av medicinerna eller hur dessa kunde påverka deras beteende. Istället blev de medicinerade eller fastspända utan att få reda på anledningen till det (Shulze, Angermeyer 2003; Koivisto et al. 2004; Schneider et al. 2004). Det belystes vidare i följande citat:

”They ran all kinds of tests. They left in hospital... they put me in a cubicle, they gave me serum and they didn’t tell me anything. The next day they allowed me to leave the hospital. They didn’t explain what I had or what I no longer had” (González-Torres et al. 2006, s. 19).

En del patienter upplevde att de blev bemötta som kriminella när de kom till sjukhuset, att de inte sågs som människor eller att de bara blev sedda som patienter. De kände också att de blev nedvärderade, ett exempel är när patienterna önskade en kaffemaskin på avdelningen och fick svaret att den bara skulle gå sönder på grund av att de som var inlagda på avdelningen var aggressiva (Schneider et al. 2004; González et al. 2003). Personer med schizofreni som samtidigt hade somatiska problem och därför kom till en somatisk avdelning för att få hjälp kände sig nedvärderade och särbehandlade. Det gav sig uttryck i att de fick sitta och vänta längre än personer med somatiska sjukdomar eller att personalen verkade tro att de bara inbillade sig att de var sjuka. Om någon patient klagade eller ifrågasatte blev de genast tillbakaskickade till den psykiatriska avdelningen (Shulze, Angermeyer 2003; González-Torres et al. 2003).

I en artikel nämner deltagarna att en psykiatrisk diagnos ofta förses med ett budskap om att det är negativt, att personen har schizofreni och kommer ha den sjukdomen hela sitt liv och att sjukdomen leder till att personen kommer ta sitt liv

(Shulze, Angermeyer 2003). Patienterna upplevde en ovilja hos deras läkare att ge dem en diagnos på grund av att det gällde psykisk sjukdom, eller att diagnosen ständigt ändrades. Detta var frustrerande för patienterna då de kände att det var viktigt att få reda på vilken sjukdom de hade så att de kunde börja bearbeta informationen. Bristen på tydlig kommunikation och information gjorde det omöjligt. Samtidigt som det upplevdes positivt att få en diagnos kunde vissa patienter känna det som problematiskt att få en etikett satt på sig (Schneider et al. 2004).

Patienterna upplevde att personalen var trevliga mot dem och brydde sig om dem men det uppstod ändå hinder som gjorde att de kände sig förbisedda. Det kunde bero på att det var oroligt på avdelningen, att vårdpersonalen inte hade tillräckligt med tid eller att patienten kände sig missförstådd (Koivisto et al. 2004; Phillips, Mccann 2007). När patienten inte kände sig sedd eller förstådd kunde det leda till att personen upplevde en rädsla och oro (Schneider et al. 2004). Det finns också exempel i artiklarna där patienterna hade en mer eller mindre negativ upplevelse av mötet. De känner sig lyssnade på och tagna på allvar, men möjligheten till samtal var inte planerat utan skedde spontant vilket skapade en upplevelse av att patienten inte visste när denne kunde få tid till samtal eller hur mycket tid det fanns avsatt för dem att lyfta sina frågor. I samma artikel nämner en annan respondent att denne upplevde att sjuksköterskan inte lyssnade alls, patienten fick alltid höra att det inte fanns tid för samtal (Koivisto et al. 2004). Det belystes ytterligare av följande citat ur en annan artikel:

"I want them to listen a hell of a lot better than they do."
(Schneider et al. 2004, s. 572).

I några artiklar framkom det att patienterna upplevde att vårdpersonalen inte lyssnade på vad de hade att säga på grund av att de inte litade på dem. De kände sig misstrodda, att vårdpersonalen verkar tro att de bara inbillade sig saker (Koivisto et al. 2004; González-Torres, Oraa, Arístegui, Fernández-Rivas, Guimon 2006). I en annan artikel upplevde

patienterna att vårdpersonalen totalt ignorerade dem och deras åsikter, de sa bara till patienterna vad de skulle göra, utan att bry sig vad de sa eller tyckte (Schneider et al. 2004).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Designen som valdes för den aktuella studien var en litteraturöversikt med kvalitativ ansats. Litteraturstudien tar del av tidigare publicerat material inom det valda ämnet och ger en översikt av kunskapsläget inom det valda området (Friberg 2006).

Databaserna som användes vid artikelsökningen var CINAHL, PubMed och PsycINFO. Dessa fokuserar på omvårdnad inom både somatik och psykiatri och valdes för att syftet utgick ifrån patienter och deras upplevelser (Beck & Polit 2006). Till en början genomfördes sökning i CINAHL och PubMed, sökning i PsycINFO genomfördes något senare. Anledningen var att jag tänkte att samma artiklar som fanns i PsycINFO skulle finnas i de andra två databaserna. Det visade sig delvis stämna, de flesta artiklarna fanns i samtliga databaser, men någon artikel hittades endast i PsycINFO. Skulle jag göra om studien igen skulle sökning i PsycINFO påbörjas tidigare för att minska tidspressen. Sökorden som användes valdes dels utifrån syftet men också till viss del utifrån nyckelord funna i andra artiklar. En manuell sökning genomfördes i funna artiklars litteraturlistor, den resulterade i att en artikel hittades. Endast kvalitativa artiklar söktes, med anledning av det patientperspektiv som studien hade (Friberg 2006). Litteratursökningen resulterade i att nio artiklar som stämde överens med syftet hittades och inkluderades. Även gällande den manuella sökningen hade denna påbörjats tidigare om jag skulle göra om studien igen. Detta främst för att minska arbetsbelastningen och tidspressen, det är tidskrävande att läsa igenom och kontrollera litteraturlistor för att söka upp ytterligare artiklar. Det kunde underlättat om jag genomförde denna process parallellt med sökningarna i de olika databaserna och därmed hålla arbetsbelastningen på en jämnare nivå.

De artiklar som valdes ut kvalitetsgranskades med hjälp av Forsberg & Wengströms (2008) checklista för kvalitativa artiklar. Det gav en uppfattning om huruvida artiklarna

skulle tas med i studien. Jag kände att det uppstod en känsla för huruvida de utvalda artiklarna hade en bra kvalitet, checklistan utgjorde ett bra och kompletterande stöd i den bedömningen med tanke på att jag inte hade så stor erfarenhet av sådana bedömningar innan litteraturstudien påbörjades.

Urklippen från artiklarna sorterades genom att materialet först delades upp i positiva och negativa upplevelser för att därefter sortera urklippen i respektive grupp efter likheter och skillnader. När urklippen var sorterade framkom det olika kategorier som namngavs. Efter första genomgången av urklippen analyserades dem en andra gång där uppdelningen i positivt och negativt togs då bort, detta då kategorierna kunde vara de samma men texten tog upp såväl positiva som negativa delar. Efter andra analysomgången hade fyra kategorier framkommit. Materialet analyserades ytterligare en omgång där slutresultatet blev de två kategorier som resultatet består av, då olika delar i två av kategorierna bedömdes passa bättre in i de andra två kategorierna. Antalet analysomgångar torde peka på att materialet är analyserat på ett djupare plan.

Vid artikelsökningen begränsades det till att artiklarna skulle vara skrivna efter år 2000, den begränsningen gjordes för att få ett så aktuellt resultat som möjligt. En fara med en tidsbegränsning är att bra artiklar som stämde med syftet valdes bort på grund av att de var för gamla. Ytterligare begränsningar var att artiklarna skulle vara genomförda i ett västerländskt land och vara skrivna på engelska eller något av de skandinaviska språken. En sådan begränsning kan ha lett till att artiklar som kunnat vara relevanta för syftet valts bort på grund av att de var skrivna på ett annat språk, dock tyder de genomförda sökningarna i olika databaser på att de flesta artiklarna som publiceras översatts till engelska. Den språkliga begränsningen borde alltså inte automatiskt betyda att ett stort antal artiklar missats. Kriteriet att studierna skulle vara västerländska användes för att studien har för avsikt att främst gälla svenska förhållanden, därmed bedöms detta inklusionskriterie som relevant. Begränsningen gjorde att ett antal artiklar baserade på studier genomförda i Asien valdes bort. Det gjorde att artikelunderlaget till denna litteraturstudie minskade, men borde inte påverka trovärdigheten för denna studie på grund av de kulturella skillnader som finns mellan det asiatiska och västerländska samhället.

Då endast nio artiklar använts i studien kan det diskuteras om resultatet är trovärdigt och överförbart i andra sammanhang. Jag menar dock att arbetet är trovärdigt då det bygger på aktuella artiklar som ger en mångfacetterad och nyanserad bild av patienternas upplevelser i dagens samhälle. Att artiklarnas resultat oavsett studie pekar på liknande upplevelser hos patienterna ökar studiens trovärdighet (Beck & Polit 2006).

Skulle jag genomföra studien igen hade jag påbörjat artikelsökningen ännu tidigare då denna process tar mycket tid och energi. För att kunna ta del av artiklarna inom området krävdes upprepade sökningar. Följden av att sökningen efter artiklar tog tid gjorde att genomläsningen av artiklarna kändes tung då det blev en intensiv period av läsande. Jag märkte också att analysen inte går att forcera. För att kunna smälta och reflektera över det som lästs, måste det få ta den tid det tar. Slutligen reflekterade jag över den eventuella nackdel det kan vara att skriva en studie som denna ensam. Under arbetets gång kunde jag sakna att ha någon att diskutera med, dels det som lästes i artiklarna som söktes fram men även den egna texten. Jag märkte att man lätt blir blind för sin egen text vilket ökar risken för att eventuella fel och konstigheter förbises. Det förekom en diskussion med min handledare, men den är inte på samma nivå som om jag skrivit arbetet tillsammans med någon. Fördelen med att skriva uppsatsen på egen hand var att jag kunde lägga upp arbetet precis som det passade mig och följa en tidsplan som passade min livssituation.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att mötet med vårdpersonalen har stor betydelse för de patienter de har till uppgift att hjälpa. Det påverkar känslan av välmående hos den person som tar emot hjälp, hur han eller hon upplever vårdpersonalens beteende, arbetsmetoder och stöd, eller brist på stöd. Det är inte bara det som sägs som avgör utan även hur det sägs och på vilket sätt ett budskap förmedlas. Vid mötet har några utmärkande delar utkristalliserats, att få känna sig som en individ samt att känna sig förbisedd, generaliserad och nedvärderad.

Trots att det borde vara patientens behov och önskemål som är i fokus i omvårdnaden upplever personer med schizofreni i flera fall att vårdpersonalen inte lyssnar på dem och ibland helt ignorerar dem. I flera av de artiklar som ingick i denna litteraturstudie framkom

det att personer med schizofreni i sin kontakt med sjukvårdspersonalen upplevde att de blev totalt ignorerade eller att ingen lyssnade på dem och vad de hade att säga. De kände att deras åsikter saknade betydelse. Schneider et al. (2004) skriver att respondenterna i deras studie menade att ansvaret för en bra kommunikation ligger på vårdpersonalen och att de måste förstå att de att dem med sin schizofreni inte alltid kan tänka på hur de skall bete sig (a.a). Vidare påpekar Enarsson et al. (2008) att olika sjuksköterskor har varierande ideologiska ståndpunkter kring hur omvårdnaden skall ske och därmed olika tillvägagångsätt (a.a). Det kan finnas en dubbelbottnad anledning till att personerna i mitt resultat känner sig ignorerade eller inte lyssnade på. Dels kan det vara så att vårdpersonalen inte lever upp till det önskemål som presenteras av Schneider et al. att de inte tar tillräckligt ansvar för att skapa en bra kommunikation. Dels kan det bero på att patienternas behov ställer för höga krav på vårdpersonalen och när de inte lyckas fullt ut leder det till en ökad besvikelse hos patienterna. Kanske ligger då svaret någonstans mitt emellan, att både vårdpersonalens insatser och patienternas förväntningar har betydelse för upplevelsen. Detta skulle kunna förklara varför upplevelsen av mötet varierar mellan bra och mindre bra. De gånger som vårdpersonalen tar tillräckligt mycket ansvar för att skapa en bra kommunikation och patienternas behov tillgodoses tillfredställande nås en gemensam punkt där upplevelsen av mötet är bra. Det faktum att vårdpersonalen är olika individer med olika syn på hur bra omvårdnad tillgodoses gör också att bemötandet varierar och därför upplevs olika av patienterna.

Precis som de flesta människor vill ha god kontakt med det omgivande samhället verkar personer med schizofreni vilja ha detsamma. Enligt litteraturstudiens resultat upplevde patienterna det som positivt när vårdpersonalen genom sitt bemötande motiverade och stöttade sina patienter att ”fortsätta sina vanliga liv”, att de uppmuntrades att fortsätta ha kontakt med sina familjer och vänner trots deras sjukdom eller att de var inlagda på en avdelning. Lundberg (2010) skriver att personer med psykisk sjukdom upplever att de har små chanser att utvecklas och känna delaktighet i samhället på grund av den stigmatisering som finns (a.a). Vidare skriver Norberg & Ternstedt (2009) att det som händer på samhällsnivå tillsammans med det som regleras i olika styrdokument och lagar påverkar mötet mellan patient och sjuksköterska (a.a). Schneider et al. (2004) lyfter i sin tur fram att respondenterna i deras studie önskade att de inte skulle skickas

iväg för att få vård. Deras önskan var att behandlas närmre sitt hem, så de inte tappade kontakten med det stöttande nätverk de hade runt sig i form av familj och vänner (a.a)

Med tanke på det Lundberg skriver har sjukvården inte lyckats fullt ut, något som borde kunna göras då en av de viktigaste faktorerna redan finns, nämligen patienternas egen vilja. En anledning till att sjukvården inte lyckas fullt ut kan bero på att samhället i stort stigmatiserar personer med psykisk sjukdom, att de inte ges chans att utvecklas och vara delaktiga. Det leder till att detsamma sker inom sjukvården då personalen där är en del av samhället, detta med stöd av Norberg & Ternestedts (2009) tanke att samhället i stort påverkar mötet mellan patient och sjuksköterska. Litteraturstudiens resultat visar som nämnts ovan att det upplevs som positivt av patienterna när vårdpersonalen motiverar dem, det som krävs borde då bara vara en ökad motivation och stöd från vårdpersonalen så hade kanske patienternas chanser att vara delaktiga i samhället ökat. Med tanke på att denna önskan återfinns hos personer med schizofreni och vikten av att vårdpersonalen motiverar till en bibehållen delaktighet i samhället betonas torde detta vara något som vårdpersonalen skulle kunna genomföra. Det är rimligt att ställa högre krav på vårdpersonalen att inte likt samhället i övrigt stigmatisera personer med schizofreni, de skall med sin utbildning och yrkesroll kunna ställa sig över detta och underlätta för patienterna att kunna utvecklas och känna sig delaktiga.

Den information som ges till personer med schizofreni är bristfällig, svårförstådd och saknar anpassning efter individen. Denna studies resultat visar att personer med schizofreni upplever att vårdpersonalen inte alltid lyckas förmedla information på ett tillfredställande sätt. De känner att de inte får någon information om deras sjukdom, de mediciner de får utskrivna eller eventuella biverkningar av dessa eller att de ibland inte förstår informationen som ges. I de fall då personerna som hade schizofreni fick bra information på en nivå som dem förstod bidrog det till att det blev lättare för dem att dels acceptera sin sjukdom men också kunna hantera den på ett bra sätt och bli mera delaktiga i sin behandling och omvårdnad. Lundberg (2010) skriver i sin avhandling att personer med psykisk sjukdom önskade att de skulle få en bättre information om sin sjukdom från vårdpersonalen. En viktig nyckel är alltså att informationen som ges av vårdpersonalen är sådan att mottagaren, personen med schizofreni förstår den. Även om

vårdpersonalen är trevlig i sitt bemötande kan följderna ändå bli att mottagaren av informationen känner rädsla och oro om de inte förstår den information som ges.

Personer med schizofreni som söker kontakt med sjukvården för att få hjälp riskerar att bli bemötta som kriminella snarare än som människor i behov av stöd och hjälp. De blir i vissa fall sedda som en enda massa där synen på den enskilda individen försvinner med en känsla av att bli generaliserad som följd. I flera av de studier som ingick i denna litteraturstudie resultat framkom det att personer med schizofreni i vissa fall upplever att vårdpersonalen inte bemöter dem som individer utan snarare som en grupp där alla erbjuds samma behandling och bemötande, där man förbiser deras individuella behov och önskemål. De upplever att de blir särbehandlade när de kommer till somatiska vårdavdelningar endast på grund av den psykiska sjukdom de har. Enligt Lundberg (2010) upplever personer med psykisk sjukdom i allmänhet att de tillhör en grupp som är nedvärderade och diskriminerande i samhället, de upplever att de flesta människorna ser ner på dem (a.a). I en av artiklarna som använts i resultatet framkommer även önskemål hos patienterna riktat till vårdpersonalen. Patienterna vill bli behandlade som människor istället för kriminella och att de skall ses som enskilda individer, inte som en stor massa (Schneider et al. 2004). Med anledning av ovan anförda betonas det att det är lagstadgat i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) att hälso- och sjukvården skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och målet skall vara en vård med lika villkor för hela befolkningen (a.a). Trots det skriver Enarsson et al. (2008) om hur sjuksköterskor i intervjuer berättat om kollegor som straffar patienter genom slå dem eller dra in deras privilegier (a.a). Vidare skriver Enarsson et al. (2011) att patienter ibland är så rädda för vårdpersonalen att de undviker kontakt med dem (a.a). Som en förklaring på brister i bemötandet skriver Norberg & Ternestedt (2009) att det västerländska samhället idag utmärks av snabbhet, ekonomism och pluralism och i ett sådant samhälle händer det lätt att eftertanke och värden som inte kan mätas osynliggörs (a.a) Som ett led i sin yrkesroll skall vårdpersonalen kunna vara så professionella att de kan bemöta dem de är satta att hjälpa på ett bra och respektfullt sätt. Som patient i sjukvården skall man kunna kräva att bli behandlad på ett bra sätt, sjukvården kan inte alltid garantera att alla människor blir friska eller slipper lida men vårdpersonalen skall göra så gott de kan för att göra det så bra som möjligt för dem som söker hjälp. Personer

med schizofreni är sjuka, de ska inte bli behandlade eller sedda som kriminella. De förtjänar samma respekt som alla andra personer som söker sjukvård. Samtidigt kan det vara så att då sjukvården är en stor arbetsgivare är det kanske inte så konstigt att de åsikter som finns i samhället i stort även återfinns inom sjukvården. Det är inget försvar till ett dåligt bemötande, men det kan kanske vara en av anledningarna. Det kan kanske vara så att hur människor ser på varandra är något man inte reflekterar över lika mycket som förr, att kraven på produktivitet och resultat tar överhanden och därmed går ut över människornas relationer till varandra.

Att bli sedd som en människa och individ och inte bli behandlad som om man vore kriminell tycker jag är ett rimligt och grundläggande krav man kan ställa på vårdpersonalen. De finns trots allt där för dem som behöver hjälp, i detta fall personer med schizofreni. De skall inte behöva uppleva mötet med vårdpersonalen som negativt, skrämmande eller dåligt på grund av att de har schizofreni. Ändå kan man läsa om obehagliga exempel på brister och till och med lagöverträdelser gentemot personer med psykisk sjukdom. Människor drar inte alltid jämt, alla kan inte tycka om alla. Men söker man hjälp i sjukvården menar jag att man skall kunna kräva att bli sedd som en individ, inte bli förbisedd, generaliserad och nedvärderad. Alla människor skall behandlas med respekt och inom sjukvården är detta kravet ännu större, att bemötas med respekt och att bli sedd som en människa och få vara delaktig i sin omvårdnad är inte bara något som patienterna eftersträvar enligt denna litteraturstudies resultat. Det är deras lagstadgade rätt. I sin tur skriver Travelbee (1972) att om omvårdnadens mål och syfte ska kunna uppnås måste en genuin mellanmänsklig relation mellan patient och sjuksköterska uppstå. Sjuksköterskan måste kunna "se" människan i patienten, den unika individen (a.a). De krav som Travelbee skriver om lyfts även fram i denna litteraturstudie i form av önskemål från personer med schizofreni. Det kan ses som att patienterna redan uppfyllt sin del. Lyckas vårdpersonalen med sin del, att se människan och den unika individen i patienten tror jag att det når fram till förbättrad relation mellan vårdpersonal och patient. Genom att ta till sig av patienternas upplevelser av mötet med vårdpersonalen och anpassa sig efter detta kan personalen inom sjukvården skapa en bättre relation till personer med schizofreni, vilket skulle leda till kvaliteten i mötet höjs

och möjligheten att nå omvårdnadens mål och syfte förbättras, som Travelbee skulle uttrycka det.

Slutsats

Travelbee (1972) beskriver att upplevelsen av hälsa till stor del är subjektiv, trots att en person diagnostiserats med en sjukdom kan han eller hon fortfarande ha en upplevelse av att ha hälsa. Travelbee menar att om en sjuksköterska ska kunna främja hälsa måste hon också veta vad hälsa är för den som skall få hjälp (a.a). Vidare fastställs det i patientsäkerhetslagen att patienten har rätt att vara delaktig i sin vård (SFS 2010:659). Med stöd av såväl Travelbees teori som i svensk lagstiftning lyfts vikten av att lyssna på patienten fram. Att få fram vad patienten tycker, tänker och har för behov ställer krav på mötet mellan patient och sjukvårdspersonal. Ett möte som i detta fall personer med schizofreni upplever som bra eller positivt ger troligen dem en trygghet att lyfta fram sina behov och önskningar. Genom denna studies resultat lyfts det fram en bild av hur personer med schizofreni upplever mötet med vårdpersonalen. Tack vare den bild som framkommer har sjukvårdspersonalen möjlighet att ta till sig patienternas upplevelse av mötet och anpassa sig efter den, för att på så vis kunna ge en så bra omvårdnad som möjligt. Denna studies resultat visar betydelsen av- och den inverkan som mötet har. Beroende på hur personer med schizofreni upplever mötet med vårdpersonalen kan det ge en känsla av att antingen bli hjälpt eller stjälp. När patienterna upplevde att de blev sedda som en grupp snarare än enskilda individer gav det en känsla av att sjukvården stjälp dem. Lyckas vårdpersonalen däremot att få patienten att känna sig som en individ, där hans eller hennes egna unika person och situation inte förbises ger det mottagaren en upplevelse av att bli hjälpt. Målet med omvårdnaden måste vara att hjälpa.

REFERENSER

*= Artiklar som ingår i resultatet

Allgulander, C. (2008). *Introduktion till klinisk psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.

Beck, CT. Polit, DF. (2006). *Essentials of nursing research, methods, appraisal, and utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: etik och människosyn*. Stockholm: Liber.

Dearing, KS. (2004) *Getting It, Together: How the Nurse Patient Relationship Influences Treatment Compliance for Patients With Schizophrenia*. Archives of Psychiatric Nursing, 18(5), 155-163.

Enarsson, P. Sandman, P-O. Hellzén, O. (2011) *They can do whatever they want: Meanings of receiving psychiatric care based on a common staff approach*. International journal of qualitative studies on health and well-being 2011 (6).

Enarsson, P. Sandman, P-O. Hellzén, O. (2008) *Being good or evil: Applying a common staff approach when caring for patients with psychiatric disease*. International journal of qualitative studies on health and well-being 2008 (6). 219-229.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning.2*. [uppdaterade] utg. Stockholm: Natur & Kultur.

Forsman, B. (1997). *Forskningsetik, En introduktion*. Lund: Studentlitteratur

Friberg, F. (red.) (2006). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.

Hanssen, I. (2007). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen.

* Hätönen, H. Suhonen, R. Warro, H. Pitkänen, A. Välimäki, M. (2009). *Patient's 'perceptions of patient education on psychiatric inpatient wards: a qualitative study*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2010 (17). 335-341.

*Koivisto, K. Janhonen, S. Väisänen, L. (2004). *Patients 'experiences of being helped in an inpatient setting*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2004 (11). 268-275.

Lundberg, B. (2010). *Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom*. Department of Health Sciences, Faculty of Medicine. Lund: Lund University.

Norberg, A. & Ternstedt, B-M. (2009). *Omvårdnad som huvudområde i sjuksköterskeutbildningen*. I G. Östlinder, S. Söderberg & J. Öhlén (Red.). *Omvårdnad som akademiskt ämne. Rapport från arbetande konferens* (31-40). Åtkomst 14 oktober 2012, från http://www.swenurse.se/Documents/Publikationer%20pdf-filer/Omv_akad-amne_web.pdf

*Pitkänen, A. Hätönen, H. Kuosmanen, L. Välimäki, M. (2007). *Patient's 'descriptions of nursing interventions supporting quality of live in acute psychiatric wards: A qualitative study*. International Journal of Nursing Studies 2008 (45). 1598-1606.

*O'toole, M, S. Ohlsen, R, I. Taylor, T, M. Purvis, R. Walters, J. Pilowsky, L, S. (2003). *Treating first episode psychosis – the service user's 'perspective: a focus group evaluation*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2004 (11). 319-326.

*Phillips, L. Mccann, E. (2007). *The subjective experiences of people who regularly receive depot neuroleptic medication in the community*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2007 (14). 578-586.

*Schneider, B. Scissons, H. Arney, L. Benson, G. Derry, J. Lucas, K. Misurelli, M. Nickerson, D. Sunderland, M. (2004). *Communication between people with schizophrenia and their medical professionals: a participatory research project*. *Qualitative Health Research* 2004 (14). 562-577.

*Schulze, B. Angermeyer, M, C. (2002). *Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals*. *Social Science & Medicine* 2003 (56). 299-312.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2012-02-26, från <http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>.

*Torres-Gonzales, M, A. Oraa, R. Arístegui, M. Fernández-Rivas, A. Guimon, J. (2006). *Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members*. *Social psychiatry epidemiology journal* 2007 (42). 14-23.

Travelbee, J. (1972). *Interpersonal aspects of nursing edition 2*. Philadelphia: F.A Davis Company.

*Walton, J, A. (2000). *Schizophrenia and Life in the World of Others*. *Canadian Journal of Nursing Research* 2000 (32). 69-84.

World Health Organization. (2012). *Schizophrenia What is schizophrenia?*. Hämtad 2012-02-25, från http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/.

Bilaga 1

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (t.ex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
2012-02-24	Cinahl	Communication AND schizofrenia	Publicerade år 2000-2012 Peer Reviewed. Languages Swedish English.	AB Abstract	54	Övriga artiklar svarade inte till syftet	Nr. 13
2012-02-26	Cinahl	Communicat* AND schizofrenia	Publicerade år 2000-2012 Peer Reviewed. Languages Swedish English		110	Övriga artiklar svarade inte till syftet	Nr. 11
2012-02-26	Cinahl	Nurse-patient AND schizofrenia	Publicerade år 2000-2012 Peer Reviewed. Languages Swedish English		3	Övriga artiklar svarade inte till syftet	Nr. 1
2012-02-26	Cinahl	schizofrenia AND prejudice	Publicerade år 2000-2012 Peer Reviewed. Languages Swedish English		6	Övriga artiklar svarade inte till syftet	Nr. 4
2012-02-26	Pubmed	empathy AND schizofrenia	Publicerade år 2000-2012 Peer Reviewed. Languages Swedish English		113	Övriga artiklar svarade inte till syftet	Nr. 107
2012-02-26	Pubmed	Nurse-Patient Relation AND Professionals-Patient Relation AND schizofrenia	Publicerade år 2000-2012 Peer Reviewed. Languages Swedish English		64	Övriga artiklar svarade inte till syftet	Nr. 27
2012-02-26	Pubmed	Schizofrenia AND	Publicerade år 2000-2012		165	Övriga artiklar	Nr. 96

		Prejudice	Peer Reviewed. Languages Swedish English			svarade inte till syftet	
2012-05-20	PsycINFO	Communication AND Schizophrenia	Publicerade år 2000-2012 Peer Reviewed. Languages Swedish English, Danish, Norwegian. Include: empirical + qualitative study. Exclude: Brain imaging, mathematical model, literature review, quantitative study		179	Övriga artiklar svarade inte till syftet. Dubbletter (artiklar utvalda vid sökningar i andra databaser)	Nr. 6
2012-05-20	PsycINFO	Nurse-patient AND schizoph*	Publicerade år 2000-2012 Peer Reviewed. Languages Swedish English, Danish, Norwegian.		89	Övriga artiklar svarade inte till syftet. Dubbletter (artiklar utvalda vid sökningar i andra databaser)	Nr. 27

Bilaga 2

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
H. Hätönen R. Suhonen H. Warro A. Pitkänen M. Välimäki Finland 2009	Patients 'perceptions of patient education on psychiatric inpatient wards: a qualitative study	Syftet med studien var att få reda på och beskriva patienters uppfattningar om olika pedagogiska insatser i patientutbildningen och för att identifiera områden där patient utbildningen bör förbättras	Urvalet bestod av totalt 16 personer varav 11 st. var män och resten kvinnor. Sex av dem hade deltagit i IT- baserad patientundervisning, sex av dem i konventionell patientundervisning och fyra st. deltog bara i vanlig omvårdnad. Åldern var mellan 20- 64 år.	Intervjuer genomfördes av en forskare på antingen psykiatriska öppenvårdskliniker eller allmänna bibliotek. Intervjuerna var öppna tematiska intervjuer, det genomfördes två intervjuer per person med teman <i>patientens beskrivning av hur patientundervisningen brukade genomföras</i> samt <i>patientens förslag för att förbättra undervisningen på psykiatriska avdelningar</i> . Varje tema efterföljdes av en dialog mellan patient och intervjuare. Intervjuerna spelades in på band med den intervjuades tillåtelse.	Studien kom fram till patienter upplevde strukturerad och systematisk patientundervisning som hjälpfull, men att olika pedagogiska metoder skall användas och att interaktionen mellan patient och sjuksköterska inte får glömmas bort. En metod passar inte alla och man bör se till den enskilde individens behov.	Bra
K. Koivisto S. Janhonen L. Väisänen Finland 2004	Patients 'experiences of being helped in an inpatient setting	Syftet med studien var att beskriva patienters erfarenhet av att motta hjälp när de var föremål för psykiatrisk sjukhusvård.	Urvalet bestod av nio vuxna patienter som återhämtade sig från akuta psykoser. Intervjuerna var öppna och genomfördes på en avdelning för psykiatri på ett sjukhus i norra Finland. Samtliga	Intervjuer genomfördes där deltagaren fick berätta om sina erfarenheter kring den vård de fått på sjukhuset. Deltagaren intervjuades en eller två gånger under 50-75 min/gång. Intervjuprocessen utvärderades kontinuerligt. Studien var en deskriptiv fenomenologisk studie	Resultatet visade att de som intervjuades ville känna sig förstådda, respekterade och att vårdpersonalen trodde på dem samt bidrog till att de kunde upprätthålla sin integritet. Vidare upplevde dem att sjuksköterskan sällan hade tid att prata med dem.	Mycket bra

			deltagare informerades om det var frivilligt att delta och att de var anonyma samt att de kunde avbryta sin medverkan när de ville.	där materialet analyserades enligt de allmänna riktlinjer som härrör från Giorgi (1985) som kort förklarar bygger på att forskaren plockar ut bärande teman ur resultatet.		
JA. Walton Nya Zeeland 2000	Schizophrenia and life in the world of others.	Syftet med studien var att undersöka hur personer med schizofreni upplever relationer.	Urvalet bestod av 10 vuxna personer som diagnostiserats med schizofreni varav 7 var män och 3 var kvinnor. De var i åldern mellan 21-64 år. Underlaget för den aktuella studien var svarsmaterial från en större fenomenologisk studie med frågeställningen: Hur är det att leva med schizofreni?. Den nu aktuella studien var en uppföljningsstudie med fokus på relationer. Samtliga deltagare informerades om det var frivilligt att delta och att de var anonyma samt att de kunde avbryta sin medverkan när de ville	Intervjuer genomfördes med deltagarna. Intervjuerna var öppna och ostrukturerade. Intervjuaren träffade sina informanter upp till 10 gånger. Intervjuerna spelades in på band och de gånger bandspelare inte fanns med nedtecknades dem i anteckningsform. Resultatet analyserades och genomlästes upprepade gånger där bärande enheter plockades ut som grund för resultatet.	Resultatet visar att de personer som intervjuats upplever att de är ”märkta” av sin sjukdom av personer i sin omgivning, att de är föremål för fördomar. De blir dömda på förhand av andra människor utan att den sjuke själv får göra sin egen röst hörd. De likställs med alla andra med samma sjukdom och att schizofreni har fått en negativ klang.	Bra

<p>B. Schneider H. Scissons L. Arney G. Benson J. Derry K. Lucas M. Misurelli D. Nickerson M. Sunderland</p> <p>Canada</p> <p>2002</p>	<p>Communication between people with schizophrenia and their medical professionals: a participatory research project</p>	<p>Syftet med studien var att ta reda på hur personer med schizofreni upplever kommunikationen med vårdpersonalen samt få deras förslag på hur man kan förbättra den.</p>	<p>Urvalet bestod av 11 personer med schizofreni och var en "medverkande studie" där informanterna hjälpte till med undersökningen, detta gjorde att de inte erbjöds anonymitet. Dock publicerades inga namn i studien. .</p>	<p>Gruppen arbetade tillsammans fram de frågor som skulle ställas under intervjuerna. Intervjuerna genomfördes i gruppen av medverkande med en efterföljande gruppdiskussion efter respektive intervju. Utskrifterna från intervjuerna analyserades sedan av gruppen där bärande teman plockades ut, under översyn av den akademiska forskaren</p>	<p>De flesta av deltagarna hade liknande erfarenheter av bemötandet från sjukvårdpersonal. Det var svårt att få en diagnos och det tog lång tid, vilket påverkade dem negativt. När de istället upplevt att de fått en bra och tydlig information och ett bra bemötande upplevde de också mötet med vårdpersonalen som mer positivt.</p>	<p>Mycket bra</p>
<p>L. Philips E. Mccann</p> <p>Storbritannien</p> <p>2007</p>	<p>The subjective experiences of people who regularly receive depot neuroleptic medication in the community</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka hur psykiatrisjuksköterskor inom ramen för de tillfällen de administrerar depåinjektioner har möjlighet att göra en bedömning av patientens behov samt vara en person som är trovärdig, konsekvent och stöttande för patienten</p>	<p>Urvalet bestod av 10 personer med schizofreni som regelbundet besökte en hälsoklinik för att få depåinjektioner. 5 av personerna var män respektive 5 var kvinnor. Intervjuerna varade ca 1 timme och deltagarna informerades om att de kunde avbryta sitt deltagande när de ville.</p>	<p>Intervjuer genomfördes med personerna i urvalet, intervjuerna var semistrukturerade där vissa frågor tagits fram för att lyfta fram personens åsikter och erfarenheter kring att få depåinjektioner.</p>	<p>Resultatet visade att den relation som uppstod mellan patient och sjuksköterska inte bara var terapeutisk utan även utgjorde ett forum där psykosociala, kliniska och vardagliga ämnen kunde diskuteras. Deltagarna i studien kände vidare att de kunde vara med och påverka sin omvårdnad.</p>	<p>Bra</p>

<p>M. Angel González- Torres R. Oraa M Arístegui A. Fernández- Rivas J. Guimon</p> <p>Spanien</p> <p>2006</p>	<p>Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka den egentliga utpekning/märkning och diskriminering som personer med schizofreni och deras anhöriga upplever och vilka konsekvenser det får.</p>	<p>Urvalet bestod av totalt 44 personer varav 18 stycken (9 män respektive 9 kvinnor) var personer med schizofreni. Övriga personer var deras anhöriga. Datainsamlingen genomfördes genom att en forskare var ledare för en fokusgrupp där informerarna deltog. Forskaren lyfte upp olika ämnen för diskussion i gruppen. Grupperna delades upp i personer med sjukdomen för sig och anhöriga för sig. Grupperna bestod av 6- 12 personer.</p>	<p>Gruppdiskussionerna spelades in på band och på video samt att forskaren som ledde diskussionen förde fältanteckningar. Inspelningarna transkriberades och analyserades först av forskaren som lett diskussionen, där innehållet delades upp i kategorier. Detta förmedlades sedan till de andra forskarna i gruppen som sedan bearbetade materialet inom gruppen.</p>	<p>Resultatet visade att de personer som hade schizofreni upplevde att de blev diskriminerade. Vidare upplevde de att vårdpersonal tenderade att vara fördomsfulla och dra alla personer med schizofreni över samma kam och att dem inte alltid tog personen och dess åsikter och symtom på allvar. De upplevde att de på grund av sin schizofreni blev litade på av personalen.</p>	<p>Bra</p>
---	---	--	--	--	--	------------

<p>M.S. O'Toole R.I. Ohlsen T.M. Taylor R. Purvis J. Walters L.S. Pilowsky</p> <p>Storbritannien</p> <p>2003</p>	<p>Treating first episode psychosis – the service users 'perspective: a focus group evaluation</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka hur personer med nydebuterad psykos eller som befinner sig i ett tidigt stadium av psykos upplevde den vård de fick inom ramen för en specifik behandlingsmodell som byggde på evidensbaserade riktlinjer kring vad som är "bästa sättet" att hjälpa denna kategori av patienter.</p>	<p>Urvalet bestod av 12 personer som drabbats av en psykos för första gången eller befann sig i ett tidigt stadium av en psykos och befann sig inom ramen för den aktuella behandlingsmodell som ville undersökas. Datainsamlingen skedde genom att deltagarna delades upp i tre fokusgrupper där de tilldelades ett ämne att diskutera.</p>	<p>Gruppdiskussionerna spelades in på band, ljudupptagningarna transkriberades sedan var för sig (3 stycken) för att sedan kunna analyseras. Resultatet genomlästes upprepade gånger och teman för varje fokusgrupp plockades ut. Resultatet redovisades sedan var för sig för varje fokusgrupp.</p>	<p>Resultatet visade att personerna som deltog i den aktuella behandlingsmetoden kände sig utvalda och lyckligt lottade, jämfört med andra som inte fick samma chans. De upplevde en stor skillnad jämfört med tidigare erfarenheter de hade. Vidare kände de sig bemötta på ett mänskligt sätt, de blev lyssnade på och tagna på allvar. Vidare upplevde de att vårdpersonalen alltid fanns där för dem.</p>	<p>Bra</p>
--	--	---	--	--	---	------------

<p>A. Pitkänen H. Hätönen L. Kuosmanen M. Välimäki</p> <p>Finland</p> <p>2007</p>	<p>Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka patienters upplevelser/beskrivning av omvårdnadsåtgärder som deras livskvalitet på akutpsykiatriska avdelningar.</p>	<p>Urvalet bestod av 35 personer som diagnostiserats på med schizofreni, 20 av dem var män och 15 var kvinnor, åldern var mellan 18-65 år. Samtliga gav skriftligt medgivande att delta. Datainsamlingen skedde genom att personerna intervjuades.</p>	<p>Intervjuerna hölls av en erfaren forskare med upplägget att informanten valde fem ämnen att diskutera kring som just dem upplevde som viktiga, detta med tanken att vad som ger en ökad livskvalitet är olika från person till person. Informanten ombads berätta vad sjuksköterskorna på avdelningen gjort för att hjälpa dem för att nå dessa mål samt sedan berätta vad dem kunde göra för att öka deras möjlighet att nå dessa mål och därmed höja livskvaliteten.</p>	<p>Resultatet visade att informanterna upplevde att det var viktigt att de fick tid att prata med sjuksköterskorna, och då om saker som inte bara gällde omvårdnaden utan det kunde gälla familjen, händelser utanför sjukhusets väggar, informantens arbetsliv, vänner och husdjur m.m. De var också viktigt att de fick vara delaktiga i och kunna påverka sin egen omvårdnad i samverkan med sjuksköterskan. Vidare upplevde dem det som positivt att de fick träffa sina anhöriga och att de fick ägna sig åt någon form av hobby. Det som de önskade bli bättre var att få mer av det de redan tyckte var bra.</p>	<p>Mycket bra</p>
---	---	--	--	---	---	-------------------

<p>B. Schulze M. C. Angermeyer Germany 2003</p>	<p>Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals</p>	<p>Syftet med studien är att belysa den stigma som förknippas med schizofreni och ta reda på i vilka konkreta situationer dessa personer upplever att de utsätts för stigmatisering och hur denna påverkar deras vardag. Samt försöka få ytterligare information från dem som finns nära den drabbade, anhöriga och vårdpersonal.</p>	<p>Urvalet bestod av totalt tolv fokusgrupper, tre grupper på fyra olika vårdcenter. En grupp med patienter diagnostiserade med schizofreni som var föremål för öppenvård, en grupp med anhöriga samt en grupp med sjukvårdspersonal.</p>	<p>Datainsamlingen skedde genom att fokusgrupperna fick ett antal ämnen att diskutera av en moderator. Diskussionerna spelades in på band och videospelning för att sedan transkriberas för att sedan dela in materialet i teman och kategorier av två stycken forskare. Resultatet av detta diskuterades sedan i forskarlaget under översikt av ytterligare två forskare med extra erfarenhet av kvalitativ dataanalys.</p>	<p>Resultatet visade att samtliga fokusgrupper kommit fram till att stiga som en följd av schizofreni inte bara skall ses som ett problem på det individuella planet utan att anledningen och grunden till det finns i den större strukturen. Vetskapen om att det inte bara är ett problem individer emellan utan även finns institutionaliserad och i samhället i stort belyser vikten av att arbeta fram anti-stigma metoder för att undvika och motarbeta stigma i samhället.</p>	<p>Bra</p>
---	---	---	---	--	---	------------

Bilaga 3

Checklista för kvalitativa artiklar enligt Forsberg och Wengström

Checklista för kvalitativa artiklar*

A. Syftet med studien?

Vilken kvalitativ metod har använts?

Är designen av studien relevant för

att besvara frågeställningen?

.....

.....

Ja Nej

B. Undersökningsgrupp

Är urvalskriterier för undersökningsgruppen

tydligt beskrivna?

(Inklusions- och exklusionskriterier ska vara beskrivna).

Var genomfördes undersökningen?

Urval - finns det beskrivet var, när och hur

undersökningsgruppen kontaktades?

Vilken urvalsmetod användes?

_ Strategiskt urval

_ Snöbollsurval

_ Teoretiskt urval

_ Ej angivet

Beskriv undersökningsgruppen (ålder, kön, social)

status samt annan relevant demografisk bakgrund).

Är undersökningsgruppen lämplig?

.....

.....

Ja Nej

C. Metod för datainsamling

Är fältarbetet tydligt beskrivet (var, vem och i vilket sammanhang datainsamling skedde)?

Beskrivs metoderna för datainsamling tydligt

(vilken typ av frågor användes etc.)?

Ange datainsamlingsmetod:

_ Ostrukturerade intervjuer

_ Fokusgrupper

_ Video-/bandinspelning

Är data systematiskt samlade

(finns intervjuguide/studieprotokoll)?

Ja Nej

Beskriv:.....

Beskriv:.....

_ Halvstrukturerade intervjuer

_ Observationer

_ Skrivna texter eller teckningar

Ja Nej

D. Dataanalys

Hur är begrepp, teman och kategorier

utvecklade och tolkade?

Ange om:

_ teman är utvecklade som begrepp

_ det finns episodiskt presenterade citat

_ de individuella svaren är kategoriserade och bredden på kategorierna är beskrivna

_ svaren är kodade

Resultatbeskrivning:

Är analys och tolkning av resultat diskuterade? Ja Nej

Är resultaten trovärdiga (källor bör anges)? Ja Nej

Är resultaten pålitliga

(undersökningens och forskarens trovärdighet)? Ja Nej

Finns stabilitet och överensstämmelse

(är fenomenet konsekvent beskrivet)? Ja Nej

Bilaga 3 Sid 2/3.

Är resultaten återförda och diskuterade med

Efter *C. Forsberg & Y. Wengström, 2008. Sid 206-210.

undersökningsgruppen? Ja Nej

Är de teorier och tolkningar som presenteras baserade på insamlade data (finns citat av originaldata, summering av data medtagna som bevis för gjorda tolkningar)?

Ja Nej

E. utvärdering

Kan resultaten återkopplas till den

ursprungliga forskningsfrågan? Ja Nej

Stöder insamlade data forskarens resultat? Ja Nej

Har resultaten klinisk relevans? Ja Nej

Diskuteras metodologiska brister och risk för bias? Ja Nej

Finns risk för bias? Ja Nej

Vilken slutsats drar författaren?

Håller du med om slutsatserna? Ja Nej

Om nej, varför inte?

Ska artikeln inkluderas? Ja Nej