



EXAMENSARBETE

VT 2017

Sektionen för hälsa och samhälle
Omvårdnad. Kurskod VE8671

Vilken erfarenhet har patienter med schizofreni av mötet med omvårdnadspersonal inom psykiatrisk vård?

Författare

Saga West

Claes Öhlander

Handledare

Anna Pålsson

Examinator

Ann-Christin Janlöv

Vilken erfarenhet har patienter med schizofreni av mötet med omvårdnadspersonal inom psykiatrisk vård?

What experience do patients with schizophrenia have of their encounter with nursing staff?

Författare: Saga West och Claes Öhlander

Handledare: Anna Pålsson

Litteraturstudie

Datum 2017-06-01

Abstract

Bakgrund: Schizofreni är en av allvarlig och ofta livslång psykisk sjukdom som påverkar många delar av den drabbades liv. Mötet mellan omvårdnadspersonalen och patienten inom den psykiatriska vården är avgörande eftersom det lägger grunden för möjligheten till en god hälsa. Omvårdnadspersonalens uppgift är att involvera patienten i dennes omvårdnad och att se patienten som en hel människa. **Syfte:** Syftet med litteraturstudien var att beskriva vilka erfarenheter patienter med schizofreni har av mötet med omvårdnadspersonalen inom den psykiatriska vården. **Metod:** En allmän litteraturöversikt genomfördes baserad på tio vetenskapliga artiklar, vilka kvalitetsgranskades, analyserades och sammanställdes. **Resultat:** Resultatet visade att det fanns tre genomgående erfarenheter av mötet; Behov av en dialog; Behov av att bli involverad och Behov av att bli sedd som en person. För att få en djupare förståelse för patienternas erfarenheter av mötet krävs ytterligare forskning som utgår ifrån patientperspektivet. Sådan kunskap och förståelse kan påverka patientens vård och behandling i positiv riktning.

Nyckelord: Schizofreni, erfarenhet, möte, psykiatri, omvårdnadspersonal

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	4
SYFTE	9
METOD	10
Design.....	10
Sökvägar och urval.....	10
Granskning och analys.....	10
Etiska överväganden.....	11
RESULTAT	12
Behov av en dialog	12
Behov av att bli involverad.....	14
Behov av att bli sedd som person.....	15
DISKUSSION	16
Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion.....	19
Slutsats	22
REFERENSER	23

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

BAKGRUND

Inledning

Schizofreni är en komplex och ofta livslång psykisk sjukdom med en rad olika symptom. Dessa är varierande och sjukdomsförloppet individuellt (Cowen, Harrisson & Burns, 2012). I mötet mellan två människor krävs det en förmåga till socialt samspel (Meeuwisse, Sunesson & Swärd, 2006). Enligt Pounds (2010) kan personer med schizofreni ha svårigheter att etablera och bibehålla relationer. Detta i sig kan försvåra omvårdnadspersonalens möjlighet att bygga upp en kontakt och ett förtroende (a.a). Mötet mellan sjuksköterskan och patienten lägger grunden till det samarbete som är en förutsättning för god omvårdnad (Sjöstedt, Dahlstrand, Severinsson & Lützen, 2001). Svenska akademins ordlista (2015) definierar möte som "att gå en ljus framtid till mötes, alternativt att göra någon till viljes". I Myndigheten för vårdanalys (2014) utvärdering av regeringens handlingsplan för insatser inom området psykisk ohälsa, anges några viktiga förutsättningar för att patienten ska känna delaktighet i sin behandling: god kontakt, medinflytande, kontinuitet och respekt i förhållande till vårdpersonalen. Förbättringar i kommunikationen mellan patient och personal är särskilt viktigt för återhämtning (a.a.). Enligt Travelbee (1979) är relationen mellan sjuksköterska och patient grundläggande för att kunna förmedla en omvårdnad som stödjer patienten. Målet för omvårdnaden kan enligt Travelbee uppfyllas först då en god kommunikation uppnåtts. Svenska Psykiatriska föreningen (2009) uppger att det för ett mer bestående gynnsamt förlopp av sjukdomen är viktigt med en förtroendefull relation mellan patient och omvårdnadspersonal. Det inledande mötet mellan omvårdnadspersonal och patient bör präglas av att det ska vara empatiskt orienterat samt fokuserat på patienten som individ. Huvudsyftet är att åstadkomma en fungerande samarbetsallians (a.a.). Det föreligger således ett behov av att närmare studera patienters erfarenhet av mötet med omvårdnadspersonalen. I denna litteraturöversikt kommer vårdpersonalen inom slut- och öppenvård som angivits i de artiklar författarna granskat att benämnas omvårdnadspersonal alternativt personal. Till denna kategori räknas de som är inbegripna i den direkta omvårdnaden av patienten, som till exempel skötare och sjuksköterskor. I de fall artikelförfattare nämner sjuksköterskor i artikeln använder författarna den benämningen även i litteraturöversikten.

Schizofreni

Psykossjukdomen schizofreni är en av våra svåraste folksjukdomar. Den årliga incidensen är 15 individer per 100 000 invånare (Socialstyrelsen, 2013). De flesta som drabbas av schizofreni insjuknar mellan åldrarna 18-24 och sjukdomen är något mer vanlig hos män jämfört med kvinnor. Män får även i genomsnitt symptom i tidigare ålder (Ottosson, 2009) och enligt Socialstyrelsen (2013) har de även mer negativa symptom och något sämre långtidsprognos jämfört med kvinnor.

Enligt Svenska Psykiatriska föreningen (2009) är schizofreni till stor del genetiskt betingad. Sannolikt har även psykologiska och sociala omständigheter under uppväxten också betydelse, såsom migration och brist på känsla av tillhörighet (a.a.). McDonald och Murphy (2003) uppger att risken ökar att insjukna i schizofreni om man har hereditet för sjukdomen. Inom den psykiatriska vården används stress- och sårbarhetsmodellen att förklara etiologin till framför allt psykos (Rousseau, 2008). Han beskriver det som att en psykisk sjukdom blir uppenbar eller manifest när kombinationen av stress och sårbarhet överbelastar en individs anpassningsförmåga. Sårbarhet definieras som att personen har en genetisk predisposition för sjukdomen, medan upplevelsen av stress kan vara mer individuell (a.a.). Enligt Ottosson (2009) kan symtomen på schizofreni delas in i fyra kategorier; Prodromalsymtom, vilka kan beskrivas som ett förstadium till schizofreni och som kan handla om att den drabbade isolerar sig, även oro och sömnsvårigheter kan ingå. Patienten kan ha humörsvängningar och nära till aggressivitet, vilket ställer krav på att sjuksköterskans bemötande ska vara professionellt. Positiva symtom innebär att något läggs till eller förvrängs i patientens upplevelse eller beteende. Det kan handla om att den drabbade känner att tanken tar slut eller att det blir en spärr. På grund av detta kan den röda tråden i tankarna och samtalet försvinna och därför kan patienten uppfattas som frånvarande och göra associationer som anses udda. Hen kan även ha svårt att skilja mellan jaget och omvärlden. Negativa symptom i form av passivitet och tillbakadragenhet innebär att patienten saknar egenskaper som hen hade innan insjuknandet. Slutligen kognitiva symptom som för med sig en nedsatt förmåga att tolka intryck för att kunna förstå situationen. Det innebär även att den exekutiva förmågan är nedsatt (a.a.). Levander, Adler, Gefver och Turinger (2008) anger att synen på psykisk ohälsa förändrats med tiden och därmed har även behandlingsmetoderna sett olika ut. De stora framgångarna

inom forskning kring schizofreni tog inte fart förrän på 1980- talet i och med de då nya internationella kriterierna i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 3). Den har senare omarbetats och finns nu i en femte version, DSM 5. Levander et al., (2008) poängterar att det inte finns en enstaka behandlingsform som fungerar lika bra för alla, utan att behandlingen måste individualiseras. Enligt National Institute of Mental Health (2015) är behandlingen vid schizofreni fokuserad på att minimera de uppkomna symptomen och består av antipsykotisk medicinering, psykosocial behandling med Case manager, det vill säga vårdsamordnare, samt ett team kring patienten, vilket har visat goda resultat (a.a.). Utifrån sjukvårdens bristande resurser kan dock den tid det tar för patienten från insjuknande till diagnos och korrekt behandling bli lång, ibland flera år. Enligt "Kliniska riktlinjer för utredning och behandling av schizofreni" utgivna av Svenska Psykiatriska Föreningen (2009), påverkar denna långa väntetid sjukdomsförloppet negativt.

Den psykiatriska vården

I Sverige regleras den psykiatriska vården av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763). Den slår fast att landsting/region är skyldigt att erbjuda en bra hälso- och sjukvård. Varje patient ska snarast erbjudas en bedömning av sitt hälsotillstånd (a.a.). Om en patient vårdas mot sin vilja innefattas det av Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT, SFS 1991:1128). Tvångsvård kan vara nödvändig för att skydda dem själva eller andra och tillser att de får den vård de behöver (a.a.). Enligt Svenska Psykiatriska Föreningen (2009) har de flesta personer med långvarig psykossjukdom någon form av kontakt med vården. Svenska Psykiatriska Föreningen uppger att det i Sverige endast är mellan två och tre procent av denna målgrupp som inte har någon form av vårdkontakt inom psykiatrisk verksamhet. Det kan jämföras med USA där 17% saknar vårdkontakt. Cirka 10% av patienterna som vårdas inom psykiatri lider av psykossjukdom. Dessa patienter har ett stort vårdbehov. Helydgnsvård är vanligt förekommande i denna grupp. I den psykiatriska öppenvården är det mellan 30-35% och inom psykiatrisk slutenvård 40-45% som har psykossjukdom (a.a.). Efter psykiatrireformen 1995 visade det sig att många patienter med schizofrenisjukdom blev utan adekvat vård och stöd då insatser från landsting/region och kommun fokuserades på att patienter skulle ha ett eget boende och de medicinska behoven därmed kom i andra hand (Svensk sjuksköterskeförening, 2013). Enligt Socialtjänstlagen ska samhällets socialtjänst

underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra människor (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL], SFS 1982:763). Det kan ske med hjälp av till exempel hemtjänst eller boendestöd. Socialnämnden ska även stödja personer med funktionsnedsättning i att bo på ett sätt som är anpassat efter personens behov av särskilt stöd (a.a.). Det kan innebära att patienter med schizofrenisjukdom med svåra funktions-nedsättningar får en bostad på ett boende med särskild service. Kommunen har även ansvar för att samverka sina insatser med landstinget vad gäller insatser till människor med funktionshinder, samt för hemsjukvård till dem som bor i särskilda boenden (a.a.).

Under åren 2003-2006 utreddes den psykiatriska vården i Nationell Psykiatrisamordning där en lång rad behov framkom. Kritiken handlade främst om att det fanns stora brister både vad gäller organisation, arbetssätt, tillgång till kompetent personal samt att evidensbaserade metoder ej användes i tillräcklig omfattning (Svensk sjuksköterskeförening, 2007). Den utmynnade i en rad projekt med syfte att förbättra den psykiatriska vården. Där av bland annat vikten av anhörigstöd och tidig intervention framhölls. Som ett led i de åtgärder som blev resultatet av utredningen fokuserades på att kommuner och landsting i Sverige skulle ha enheter för att kunna ge vård till personer som misstänktes vara i ett tidigt stadium av psykossjukdom. Detta för att tiden mellan insjuknandet, då de första symtomen visar sig, och att uppnå en adekvat behandling skulle bli så kort som möjligt. Att få så korta vägar som möjligt till adekvat vård skulle förbättra patientens prognos avsevärt (a.a.). I anknytning till den utredningen gjordes även en ekonomisk satsning på psykiatrisk specialistvård. När man söker vård första gången vid psykiatrisk problematik sker kontakten vanligen via primärvården (Schizofreniförbundet, u.å.). Där görs en bedömning av patientens läkare, som sedan remitterar patienten vidare, om behov av det föreligger. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för psykosociala åtgärder vid psykossjukdom (Socialstyrelsen, u.å.) poängteras vikten av att direkt hänvisa patienten till specialteam vid misstanke om psykossjukdom, det vill säga psykosvårdsmottagning inom öppenvården där en utredning görs om patientens vårdtillhörighet och vårdbehov. Om patienten anses behöva heldygnsvård sker kontakten i det akuta skedet via psykiatrisk akutmottagning (Schizofreniförbundet, u.å.). Då patienten får kontakt med öppenvården, antingen via att ha remitterats av allmänläkare eller efter att ha vårdats inom slutenvården, får hen en kontaktperson på psykosvårdsmottagningen inom

öppenvården, en vårdsamordnare. Patienter med schizofreni har enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer (2011) ofta ett omfattande behov av stöd även med psykosociala insatser.

Omvårdnadspersonalens roll

Wiklund (2010) beskriver att eftersom patienten ofta på grund av sjukdomens symptom avskärmas från verkligheten, andra människor och till och med sig själv, är det viktigt att omvårdnadspersonalen hittar sätt att skapa gemenskap. Att skapa en jämlik och ömsesidig atmosfär mellan patient och omvårdnadspersonal är viktigt för att patienten ska få en möjlighet att känna egenmakt. Enligt Wiklund (2010) så kan gemenskapen som byggs upp mellan patient och sjuksköterska minska patientens lidande om sjuksköterskan visar empati och förståelse för lidandet som kan uppstå av att drabbas av en psykosjukdom. Det är i relationen till andra som självbilden byggs upp på nytt (a.a.). Lyhördhet och dialog anses av Croona (2001) ligga till grund för goda möten. Hon refererar till tanken att man måste fråga för att få svar. Med respekt och intresse för den vårdsökandes behov och önsknings är en engagerad dialog en förutsättning för att värna om patientens autonomi och integritet (a.a.). Även om symtomen vid schizofreni kan se olika ut för olika patienter, är det enligt Levander et al. (2008) viktigt att sjuksköterskan strävar efter att uppnå en så god arbetsallians som möjligt med patienten. Detta ställer krav både på sjuksköterskan och patienten i och med att bristande sjukdomsinsikt är mer en regel än ett undantag när det kommer till schizofreni (a.a.). Bemötande och gott bemötande handlar enligt Croona (2001) om mänsklig kommunikation och om att möta förväntningar och krav. Enligt Wiklund (2010) är det i samspelet mellan patient och sjuksköterska som vårdbehov kan identifieras och beslut om behandling och rehabilitering fattas. Det spelar, enligt Croona (2001), en avgörande roll vilka upplevelser patienten har av bemötande för hur relationen utvecklas, och därmed arbetsalliansen. Graden av tillfredsställelse med vården hos dem som vårdats på psykosvårdsavdelning var i studien av Cameron, Kapur och Campbell (2005), direkt kopplad till att omvårdnadspersonal hade tid till samtal. Att patienten hade tillgång till omvårdnadspersonal som de kände var även det en starkt bidragande orsak till att öka förståelsen för sin sjukdom (a.a.). Brist på personal med vana av patienter med schizofrenisjukdom kan vara en faktor som kan påverka patientens möjlighet till tillfrisknande.

Förutsättningar för det goda mötet

Patienter med schizofreni har ofta svårt att etablera kontakt eftersom förmågan till socialt samspel påverkas negativt av sjukdomen. Johansen, Iversen, Melle och Hestad (2013) visade att patienten kan uppleva att personalen strävar mot andra mål och personalen kan tolka det som att patienten har en bristande insikt. Att mötet är mer åtgärdsinriktat än orsaksinriktat ansåg ett flertal patienter vara av största vikt vid mötet med omvårdnadspersonalen visades i en studie av Cameron et al. (2015). Att välkomnas till vårdavdelningen, att personalen upplevs som intresserad, förstående, samt finns tillgänglig för enskilda samtal framstår i en studie av Stewart, Burrow, Duckworth, Dhillon och Fife (2015) som nyckelfaktorer i patientens upplevelse av bemötandet. Enligt Wiklund (2010) är patienten inte passiv i sin vård utan medverkar till sin hälsa och behöver därmed vara delaktig i sin egen vård för goda resultat. Wiklund (2010) anser vidare att patienten är expert på sitt liv och utvecklingsprocessen i sin hälsa. Då patienten befinner sig i ett psykotiskt tillstånd har dock hen tappat kontrollen över verkligheten (Schizofreniförbundet, 2016). Cameron et al. (2005) fann att ur patientens perspektiv är det mötet med omvårdnadspersonalen som är basen för behandlingssamarbetet, och som i sin tur är en förutsättning för en arbetsallians. En tillitsfull relation byggd på samarbete mellan patienten och sjuksköterskan framkom i en studie av Dearing (2004) vara grunden för följsamhet till behandlingen. Genom att vårdavdelningar respektive mottagningar inom psykiatrin allt oftare får ett tydligt psykosfokus, skapas även förutsättningar för att specialisera behandlingsåtgärder utifrån de behov som finns hos denna grupp patienter (Svenska Psykiatriska föreningen, 2009). Det finns följaktligen ett behov av att ur patientens perspektiv, studera mötet med omvårdnadspersonalen inom den psykiatriska vården.

SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att beskriva vilka erfarenheter patienter med schizofrenisjukdom har av mötet med omvårdnadspersonalen inom den psykiatriska vården.

METOD

Design

Författarna har genomfört en allmän litteraturöversikt enligt Friberg (2012). En sådan översikt ämnar att ge en översikt av kunskapsläget inom ett begränsat område. Den data som framkommit har sedan sammanställts i resultatdelen under respektive kategori (a.a).

Sökvägar och urval

Inklusionskriterier och fokus för denna litteraturöversikt skulle vara artiklar publicerade mellan 2000 och 2016. Det reviderades sedan till artiklar skrivna 2004 eller senare, för att ge en aktuell överblick. Endast kvalitativa artiklar med patientperspektiv användes (Olsson & Sörensen, 2011). Artiklarna skulle ha som gemensam nämnare att de skulle beskriva de erfarenheter patienter med schizofreni har av mötet med omvårdnadspersonal inom psykiatrisk vård. Materialet skulle vara författat på svenska eller engelska; en av artiklarna var skriven på svenska, övriga på engelska. Samtliga artiklar skulle vara peer reviewed, det vill säga vetenskapligt granskade av erkända forskare inom aktuellt ämnesområde (Carlsson, 2007). Artiklarna som uppfyllde inklusionskriterierna lästes igenom av båda författarna, och en bedömning av dess relevans för arbetet gjordes. I sökningen fokuserades på att hitta artiklar i medicinska-, omvårdnads-, och psykologidatabaser som besvarar syftet till litteraturstudien. Databaserna var Cinahl, Cinahl Complete och Pubmed vilka användes för sökning av relevanta artiklar. Sökorden "Schizophrenia", "Psychosis", "Professional-patient relations", "Patient perspective", "Patient education", "Interaction", "Experience", "Communication", "Perception", "Illness perception", "Sense of belonging" samt "Nurse-patient relations" användes. Boolesk sökteknik användes i form av AND.

Granskning och analys

Artiklarna granskades med hjälp av Röda Korsets mall för granskning av vetenskapliga artiklar (Röda korsets högskola, 2005). Fokus för granskningen var huruvida artiklarna svarade på syftet för litteraturöversikten men även den etiska aspekten och metod togs i beaktande. Om artikeln stämde överens med arbetets syfte användes denna för analys.

Resultatdelen i artiklarna studerades extra noggrant och relevanta delar markerades med olika färger för att inte blanda ihop de olika fynden. Utifrån dessa sammanfattades kategorier som besvarade syftet för arbetet. I det initiala skedet framkom fem kategorier. Dessa analyserades upprepade gånger och likartade kategorier sammanställdes till samma kategori och i det slutgiltiga resultatet presenterades tre kategorier. En artikelöversikt gjordes (se bilaga 2) för att tydliggöra artiklarnas syfte, metod, urval och resultat. Tabellen ger en översikt över artiklarnas innehåll.

Etiska överväganden

I litteraturöversikten användes endast vetenskapliga artiklar samt relevant litteratur.

I artiklarna som ingick i arbetet var undersökningarna gjorda med personer över 18 år. Alla som deltagit hade gett sitt godkännande samt att resultaten användes i vetenskapliga artiklar i enlighet med villkoren i Helsingfors deklARATIONEN (World medical association, 2017). Enligt denna så ska risker för patienter övervägas mot förväntade vinster av forskningen (Olsson & Sörensen, 2013). Patientens integritet är grundläggande i forskning, den enskilda individen ska skyddas mot övergrepp och kränkning (a.a). Etiska överväganden är speciellt viktiga att beakta när det kommer till patienter med schizofrenisjukdomar, då dessa utgör en utsatt grupp. De artiklar som granskades hade gjort tydliga etiska överväganden (Henricson 2012), där patienter bedömts kunna ta till sig informationen kring studien samt godkänt sin medverkan, och hade i förekommande fall även granskats av en etisk granskningsnämnd. Alla artiklar som svarade på arbetets syfte och uppfyllde inklusionskriterierna togs med oberoende av vilket resultat de hade. Detta för att ge en så rättvisande översikt som möjligt. Enligt Olsson och Sörensen (2011) är förförståelse den kunskap och erfarenhet som forskaren har sedan tidigare och som kan påverka hur materialet tolkas. Att förhålla sig neutralt till materialet genom hela processen och inte låta resultatet färgas av subjektiva erfarenheter är nödvändigt för att göra en rimlig tolkning (a.a). Henricsson (2012) beskriver hur forskaren kan ha med sig erfarenheter och värderingar både från det akademiska livet, genom att till exempel ha studerat psykosjukdomar, såväl som kunskap från klinisk erfarenhet, genom att ha arbetat direkt med patientgruppen. Författarnas förförståelse består av att som stödpedagog

stödja personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar i vardagen respektive att arbeta som sjuksköterska och behandla personer med psykossjukdom.

Utifrån författarnas erfarenhet antogs att patienterna skulle uppleva missnöje med mötet med omvårdnadspersonalen samt att patienterna skulle uppleva mötet olika beroende på vilken yrkeskategori personalen tillhörde.

RESULTAT

Denna litteraturöversikt baserades på tio artiklar vilka undersökte, i intervjuform, vilka erfarenheter patienter med schizofrenisjukdom har av mötet med omvårdnadspersonalen inom den psykiatriska vården. Deltagarna i artiklarna har sedan kortare eller längre tid diagnostiserats med schizofreni. De studier artiklarna grundas på var utförda i Storbritannien, Australien, USA, Kanada, Finland, Sverige, Israel och Turkiet. Resultatet framträdde som tre kategorier; *Behov av en dialog*; *Behov av att bli involverad* och *Behov av att bli sedd som en person*.

Behov av en dialog

I studien av Haron och Tran (2014) hade patienterna erfarenhet av att samtalet med sjuksköterskan hade en stor betydelse för inställningen till behandlingen. Patienterna befann sig på en psykiatrisk avdelning på ett sjukhus i Israel och deras erfarenhet var att samtalet mellan sjuksköterska och patient var av stor vikt för förutsättningen att skapa en terapeutisk miljö (a.a.). I den australiensiska studien av Loughland et al. (2015) hade patienterna erfarenhet av att det fanns en dialog mellan patient och omvårdnadspersonal och att dessa lyssnade på patienten i mötet. Patienterna kände att de kunde dela med sig av sina känslor och tankar.

... he used to just come and see me, and I'd tell him how I was feeling, and he'd just tell me stories about his life, and ask me questions about what I was doing before I had schizophrenia. And I told him that I used to surf, and I used to have mates that I used to hang around with at the beach and all that. (Loughland et al., 2015, s. 732)

Erfarenheter av att omvårdnadspersonalen tog sig tid och att de visade ett genuint intresse förekom (a.a.). I en studie av Barut, Dietrich och Zanoni (2015) från USA uppskattade

patienterna möten där personalen förklarade diagnosen på ett sådant sätt att de förstod. Närhet i samtalet och ett empatiskt bemötande från personalens sida betydde mycket för patienten. Patienterna befann sig på en psykiatrisk akutmottagning och att bli inkluderad i samtal beskrevs av patienterna som avgörande för att kunna börja sin resa mot tillfrisknande (a.a.). I en kanadensisk studie av Schneider et al. (2004) fick patienterna i en stödgrupp för personer med schizofreni beskriva sina erfarenheter av den psykiatriska vården. Att bli hörd och att det fanns utrymme att beskriva sina känslor i mötet med omvårdnadspersonalen, upplevdes viktigt. Patienterna kände att omvårdnadspersonalen var på deras sida samt att det var lättare att acceptera sin sjukdom med hjälp av personalens stöd (a.a.). Att det fanns en dialog kring vård och behandling i mötet med omvårdnadspersonalen var viktigt för patienterna i den svenska studien av Andreasson och Skärsäter (2012). Patienterna befann sig på en psykosmottagning och beskrev sina erfarenheter av den psykiatriska tvångsvården i Sverige. Vikten av en trygg miljö omkring sig som underlättar för att kunna ta in information och därmed underlätta för dialog med omvårdnadspersonalen betonades.

*Jag tycker som sagt att dom kunde tilltala mig oftare. Jag tror det är bra om man är inne i sina egna psykotiska tankar, då är det bra att bli lite distraherad....få lite annat att tänka på....Det behöver inte va om sjukdom. Det kan va om vädret, eller sport eller vad som helst. Det tycker jag dom kunde göra mer. Prata med patienterna.
(Andreasson och Skärsäter, 2012, s. 7)*

I studien av Loughland et al. (2015) hade patienterna uppfattningen att det var ett misstag från omvårdnadspersonalens sida att inte ha en dialog med patienterna och därmed involvera dem i planeringen. Patienterna hade erfarenheter av att det fanns en tystnad från omvårdnadspersonalens sida kring de beslut som fattades (a.a.).

... I lived for years in fear that I had a split personality; that I was going to break out and do something terrible. So I would've appreciated a dialogue that would've calmed me down and made me understand what was really going on instead of just giving me medication. (Loughland et al., 2015, s. 731).

Dålig kommunikation och för lite information var genomgående upplevelser av mötet i den brittiska studien av Stewart, Anthony och Chesson (2010). Bristande tydlighet från personalens sida resulterade i att många patienter upplevde frustration och kände sig förvirrade i mötet. Patienterna som deltog i studien befann sig antingen på en rättspsykiatrisk

avdelning eller på en rehabiliteringsenhet för personer med schizofreni (a.a.). Brist på information från omvårdnadspersonalens sida framkom i den australiensiska studien av Liersch-Sumskis, Moxham och Curtis (2015) vara en bidragande faktor till att patienter i öppenvård kände sig maktlösa. Konsekvenserna av detta var att patienterna i vissa fall inte valde att fortsätta sin behandling. Stewart et al. (2010) fann vidare att patienter hade erfarenhet av att det var svårt att uppfatta de signaler sjuksköterskan gav samt kunde uppfattas som otydlig vad gällde inbjudan till kommunikation.

Behov av att bli involverad

I studien av Andreasson och Skärsäter (2012) visade det sig att patienterna hade erfarenhet av att de i det akuta skedet av sjukdomen hade ett behov av att få konkret information om konsekvenserna av om de nekade vård och behandling. Det visade sig även att i många fall kunde tvångsåtgärder undvikas om personalen tog sig tid att förklara skeenden, till exempel vid medicinering. I en studie av Liersch-Sumskis et al. (2015) framkom att patienterna hade erfarenheter av att det inte gavs några alternativ när det kom till deras behandling och att de kände sig tvingade till att ta läkemedel. I studien visades exempel på patienter som hade erfarenhet av att pressas till att ta läkemedel och på det sättet inte fick någon personlig förståelse för syftet med läkemedelsbehandlingen (a.a.). I en finsk studie av Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki (2008) hade patienter i slutenvården erfarenheter av att genom att få möjligheten att komma med förslag upplevde de sig bli involverade i sin vård. Att omvårdnadspersonalen lyssnade på patienten i mötet beskrevs bidra till en känsla av att bli involverad. De beskrev att omvårdnadspersonalen ofta var tillgänglig och att det kändes lätt att prata med dem (a.a.). Flertalet av patienterna i Stewart et al. (2010) studie beskrev erfarenhet av att omvårdnadspersonalen hade visat intresse och lyssnat på dem. Patienterna i öppenvård i studien av Hallet, Gupta och Priebe (2013) i England beskrev att få information om och rådgivning kring sin sjukdom direkt var att föredra framför att läsa sig till informationen på egen hand. I studien av Loughland et al. (2015) framkom det att patienterna hade erfarenhet av att de blev uteslutna från sin egen vård. I mötet med omvårdnadspersonalen upplevde patienterna att personalen utgick ifrån att de hade tillräckligt med information om sin diagnos, ordinerade läkemedel samt biverkningar.

I remember being in hospital but no one told me I was schizophrenic ... that was a big mistake. I can't emphasize this enough ... I would have accepted it more if they explained what schizophrenia was ... (Loughland et al. 2015, s 371).

Patienter i studien av Loughland et al. (2015) kände sig förvirrade och uteslutna från de beslut som fattades angående vård och medicinering. Det var svårt att förhålla sig till sin sjukdom och att påbörja vägen till acceptans och tillfrisknande. Patienter i slutenvård i Israel, i studien av Haron och Tran (2014) beskrev att det fanns akuta skeden i deras sjukdom där de ej kunde göra korrekta val, men allteftersom de tillfrisknade framhöll de betydelsen av att göras delaktiga i planeringen av sin vård och behandling.

Behov av att bli sedd som person

I Andreasson och Skärsäters studie (2012) erfor patienter att de ofta kände sig osynliga. Att bekräfta att de var sedda genom några ord, eller en blick, var viktigt om det inte fanns tid för längre samtal. Det framkom ett behov av att bli sedd som medmänniska i mötet med omvårdnadspersonalen, samt att bli talad till som en vuxen person. Att trots sjukdomen bli sedd som en vanlig människa uppgavs vara ett grundläggande behov. I en studie från Turkiet av Güner (2014) hade patienter i öppenvården, erfarenheter av att de blev ifrågasatta i mötet med omvårdnadspersonalen. Känslor av brist på tillit och att de inte tog deras frågor och oro på allvar förekom. Patienterna berättade i intervjuerna att de kände att omvårdnadspersonalen tvivlade på dem. Mötet med personalen beskrevs för kort och några patienter uttryckte att de kände att omvårdnadspersonalen inte hade tid för dem. I studien av Loughland et al. (2015) framkom att patienter som berättat om rädslor över sina symtom i mötet med omvårdnadspersonalen, inte fick det bemötande de hade önskat, nämligen att bli sedd som en person och inte som en sjukdom. Haron och Tran (2014) visade i sin studie hur patienter definierade en god sjuksköterska samt behovet av att bli behandlad som en individ och inte endast som ett sjukdomsfall. Några av de patienter som deltog i Schneiders studie (2004) beskrev mötet med sjuksköterskan som kallt och rakt. De kände sig ignorerade och upplevde att de inte blev tagna på allvar av sjuksköterskan.

For cancer or heart attacks or anything they always tell you, "You've had a heart attack, you've got cancer, you've got leukemia." Only with mental illnesses they won't tell us (Schneider et al., 2004, s. 568).

Den finska studien av Pitkänen et al. (2008) visade att när sjuksköterskan frågade om patientens liv utanför vårdenheten uppskattades av patienterna och de upplevde att det fanns ett intresse från sjuksköterskans sida att se personen bakom sjukdomen.

I've got a chance to tell about life outside the hospital. There has been no need to figure these things out by myself. It shows that these are professionals and they have the ability to put themselves into the patient's position, to see what it is about. I have received support and have had a say in discussions. (Pitkänen et al., 2010, s. 1601).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Utifrån kvalitativ ansats utgick författarna till denna litteraturöversikt från begreppet trovärdighet. För att det ska vara möjligt att bedöma ett arbetes giltighet krävs en noggrann beskrivning av tillvägagångssätt vid inhämtandet av informationen, vilka begrepp och modeller som användes, forskarens förståelse samt tolkningen av resultatet och slutsatser (Vårdalinstitutet, u.å.). Totalt tio artiklar användes i litteraturöversikten. Alla artiklar var primärkällor och peer reviewed. Initialt användes ett flertal sökord i artikelsökningarna, men dessa användes inte i de sökningar som gav resultat i form av funna artiklar. Även boolesk begränsades till AND och användande av Mesh termer gav inte heller något resultat att redovisa. För att ge ett aktuellt perspektiv användes inte artiklar äldre än 12 år, skrivna mellan 2004 och 2016, men sökningarna sträckte sig i initialskedet till år 2000. Artiklarna som användes var kvalitativa studier för att kunna ge en överblick av patienternas erfarenheter och upplevelser av mötet. Enligt Olsson och Sörensen (2011) är fördelen med kvalitativ metod att den kan ge en bild av vad den enskilda patienten har för erfarenhet av vår frågeställning, då ansatsen strävar efter att förstå patienten utifrån dennes individuella perspektiv. En svaghet kan vara att det kan vara svårare att sammanfatta de olika patienternas erfarenheter, vilket kan leda till ett spretigt resultat. En faktor i studien som kan ha påverkat är att deltagarna i studierna inte kom från en homogen grupp och därför kan resultatet anses som svårtolkat i och med att de olika erfarenheterna skilde sig åt. Det kan finnas flera orsaker till patienternas varierande erfarenheter av mötet med omvårdnadspersonalen. Deltagarna hade alla samma diagnos men kunde befinna sig i olika faser i sitt sjukdomsförlopp. Alla deltagare var över 18

år, men åldern varierade mellan 18 och 70 år vilket kan påverka patientens erfarenhet av personalens bemötande samt den egna insikten om sin sjukdom. Deltagarna i studierna återfanns inom slutenvård, psykiatrisk öppenvård eller inom kommunal regi likvärdig med vårdcentral. En ytterligare grupp benämndes av oss som "annat". Inom slutenvården fanns både tvångsvårdade patienter och patienter som var inlagda för frivillig vård representerade. I en av studierna intervjuades patienter som vårdats inom rättspsykiatri, i två av studierna var patienturvalet taget enbart från psykiatrisk öppenvård. Av dessa två studier var den ena fokuserad på patienter på psykosmottagning med erfarenhet av psykiatrisk tvångsvård. I en annan studie definierades patientgruppen som patienter som ansåg sig friska och välfungerande och inte hade någon pågående kontakt med psykiatrisk hälsovård. Olika förhållningssätt förekom eventuellt från personalens sida beroende på om mötet skedde i öppenvården eller i slutenvården. Omvårdnadspersonalens bakgrund och yrkesroll kan också ha spelat in i bemötandet av patienten, vilket i sin tur kan ha betydelse för patientens erfarenhet av mötet.

Sökning efter relevanta artiklar skedde enskilt av de två författarna, men valdes ut genom gemensamma beslut. Båda författarna läste artiklarna noggrant och sammanfattade dem i olika kategorier samt i artikelöversikt. Att båda författare läst alla artiklar kan enligt Shenton, (2004) stärka tillförlitligheten i en studies översikt. Att genom triangulering stärka trovärdigheten är ett annat sätt att säkerställa studiens resultat. Författarna använde sig av ett brett spektrum av informanter genom de studier som analyserats vilket ger översikten en rikare bild av patienternas erfarenheter. Att författarnas modersmål inte är engelska språket innebär enligt Henricsson (2012) en risk att det uppstått missförstånd i tolkandet av texten, men den risken minskas genom att artiklarna diskuterades sinsemellan efter genomläsning. För att beskriva och ge en uppdaterad bild av schizofreni användes DSM-5. För att bidra med struktur och ge en tydligare översikt användes kategorier i resultatet. Resultatet av kvalitativa studier kan inte generaliseras, men kan enligt Henricsson (2012) vara överförbart på situationer i en liknande social kontext. Resultatets trovärdighet kan anses ha stärkts genom att studiekamrater kritiskt granskat litteraturoversikten i seminarieform. Pålitligheten bör ha stärkts genom att författarna bland annat beskrivit sin förförståelse och hur den beaktats. Bekräftelsebarheten kan anses ha stärkts genom att datainsamling och analys beskrivits, vilket

synliggör överförbarhet av litteraturöversiktens resultat till patientgrupper med liknande förutsättningar.

De artiklar som svarade på syftet grundades på studier utförda i länder som till övervägande del räknas till västvärlden. De kan appliceras till exempel på mötet mellan patienter med vissa förutsättningar och omvårdnadspersonal. Fem av de studerade artiklarna var grundade på studier utförda i länder med engelska som modersmål; Storbritannien, Australien, USA och Kanada, eller i Norden. Av de nordiska studierna var två utförda i Finland och en i Sverige. Det kan ses som en svaghet i litteraturöversikten att få studier var gjorda i Norden där sjukvårdssystemet är snarlikt, och att endast en studie var gjord i Sverige och därmed direkt överförbar på svenska förhållanden. Detta kan vara något som minskar studiens överförbarhet till länder med annat sjukvårdssystem, och studien är möjligen inte direkt applicerbar på till exempel asiatiska eller afrikanska förhållanden. De två övriga studierna var utförda i Turkiet respektive Israel. En större geografisk spridning som inkluderat Sverige hade kunnat vara önskvärt, men var svårt att uppnå, vilket resultatet speglar. I de artiklar som studerades hade de medverkande patienterna varierande erfarenheter av psykiatrisk vård. Möjligheten att upprepa resultatet kan enligt Shenton (2004) vara begränsat, då studier kan anses vara "frusna i en etnografisk present kontext". För att säkerställa tillförlitligheten är det av största vikt att redogöra för processen för att ändå ge en möjlighet att återupprepa studien, om än ej med samma resultat (a.a.). Enligt Shenton (2004) är det av största vikt att även ta upp svagheter i utförda studier.

Under arbetet med att avgränsa ämnet för denna litteraturöversikt ändrades syftet successivt. Flera pilotsökningar gjordes under arbetets initiala fas. Från att inledningsvis ha ett syfte som efterfrågat den schizofrene patientens upplevelse av delaktighet i omvårdnaden, via upplevelse av mötet med omvårdnadspersonal, övergick det till att preciseras ytterligare; patientens erfarenhet av mötet med omvårdnadspersonal inom psykiatrisk vård. På grund av det begränsade antalet artiklar ändrades även författarnas initiala sökningar, där patientens möte med sjuksköterskan eftersöktes, till att gälla omvårdnadspersonalen, vilket gav ytterligare artiklar relevanta till syftet. I de studerade artiklarna framgår också att patientens erfarenhet om vilken yrkesgrupp personalen tillhörde emellanåt var oklar, bortsett från distinktionen "läkare eller sjuksköterskor." Att istället för "patienter med schizofreni" ha

utvidgat till “patienter med psykossjukdomar”, alternativt patienter inom allmänpsykiatrisk verksamhet, hade ändrat förutsättningarna för studien och ett större antal artiklar varit tillgängliga då antalet publicerade artiklar som svarade på litteraturöversikten syfte var begränsat.

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturstudien var att beskriva vilka erfarenheter patienter med schizofrenisjukdom har av mötet med omvårdnadspersonal inom den psykiatriska vården. Resultatet visade att patienterna hade ett behov av att samtala samt bli hörda i mötet med omvårdnadspersonalen. Patienterna ville bli involverade i sin egen vård och behandling. Att bli sedd som person och inte ett sjukdomsfall var viktigt för att underlätta acceptandet av sin sjukdom och sin situation. Fynden i resultatet delades upp i tre kategorier; *Behov av en dialog*; *Behov av att bli involverad* och *Behov av att bli sedd som person*. Joyce Travelbees (1979) omvårdnadsteori används som grund för att belysa relationen mellan patient och sjuksköterska samt för att visa hur viktigt mötet kan vara för patientens erfarenhet av vården. Eftersom patienter med schizofreni oftast har en frekvent kontakt med den psykiatriska vården är det av stort värde att undersöka mötet mellan patient och personal för att förbättra det. Livsvillkoren för de som drabbas av schizofreni påverkas kraftigt.

Behov av en dialog

Resultatet visade att få berätta om sina tankar och känslor och att sjuksköterskan lyssnade och tog dessa i beaktande var viktigt för patientens möjlighet att kunna börja acceptera sin sjukdom. Patienterna hade erfarenhet av att det fanns en dialog mellan sjuksköterska och patient. En studie av Koivisto, Janhonen och Väisänen (2004) visade hur viktigt patienterna ansåg att det var att få emotionellt och verbalt stöd av sjuksköterskan för att kunna uppleva trygghet på vårdavdelningen. De upplevde ofta förvirring och i de situationerna var det värdefullt att sjuksköterskan bjöd in till samtal och att det skapades en dialog. En studie av Dearing (2004) framhöll att en god relation mellan sjuksköterska och patient, där patienten kan känna trygghet, är grunden för följsamhet till behandling. Resultatet visade att det fanns utrymme att uttrycka sina tankar och känslor i mötet. Personalen lyssnade på de förslag som

patienten hade, men det framkom även att patienterna hade erfarenhet av att det var svårt att uppfatta sjuksköterskans inbjudan till samtal vilket gjorde det svårare att etablera en relation. Erfarenhet av att det inte fanns en dialog och att omvårdnadspersonalen inte gav dem den information de behövde förekom(a.a.). Eftersom patienter med schizofreni i föreliggande studie hade erfarenhet av att dialogen med omvårdnadspersonalen var viktig för tillfrisknandet är det essentiellt att det finns utrymme för detta samspel inom vården. Samtalet i mötet mellan sjuksköterska och patient kunde eventuellt förbättras genom att öka sjuksköterskans förståelse för patienten och dennes behov. Det kan även finnas vinster ur ett samhällsperspektiv att öka patientens egenmakt och utöka dialogen mellan omvårdnadspersonal och patient. Detta för att minska långvariga sjukhusvistelser för patienten.

Behov av att bli involverad

Resultatet visade att när personalen var tillgänglig och lätt att prata med ökade upplevelsen av att bli involverad, men många patienter hade erfarenhet av att de endast fick godkänna de beslut som togs av omvårdnadspersonalen angående deras behandling och vård. Enligt Wiklund (2010) är patienten expert på sitt eget liv och för att öka möjligheten att uppnå goda resultat med behandlingen är det önskvärt att patienten är aktiv och deltar i de beslut som tas. Enligt Svenska Psykiatriska Föreningen (2009) är schizofreni i många fall en livslång sjukdom och det är inte ovanligt att personer med schizofreni har en frekvent kontakt med den psykiatriska vården. Eftersom symtomen vid schizofreni kan göra det svårt för patienten att ta kontakt är det viktigt att omvårdnadspersonalen är medveten om problematiken och ser till att patienten känner sig involverad. Resultatet visade även att patienterna ofta hade erfarenhet av att de inte var tillräckligt involverade i sin vård. Erfarenheter av att bli utesluten ledde till förvirring och det var svårt att förhålla sig till både sin sjukdom och till sin behandling. Enligt Travelbee (1979) är det en del av sjuksköterskans uppgift att sträva till att patienten får den kunskap och det bemötande som krävs för att hjälpa patienten förstå samt genomgå sin sjukdomsprocess. I en studie av Park och Sung (2013) visade det sig att patienter som fått ta del av behandling som hade fokus på egenmakt kände sig mindre hjälplösa, och då kände att de hade mer kontroll över sin sjukdom vilket behövdes för insikt i sin situation. Att känna egenmakt och vara involverade i vården upplevde patienterna som en viktig faktor som hade en positiv betydelse för följsamheten till behandlingen (a.a).

I resultatet framkom att personalen lyssnade på patienten i mötet var en faktor som hade betydelse för patientens erfarenhet av att bli involverad och minskade erfarenheter av att känna sig utanför de beslut som togs kring behandling. I vissa fall upplevdes mötet med omvårdnadspersonalen vara för kort och patienterna uttryckte önskan om längre möten. Enligt Svenska Psykiatriska föreningens (2009) riktlinjer är det den professionelles uppgift att anpassa kommunikationen så att patienten upplever en öppenhet i mötet. Det är viktigt att ett förtroende byggs upp eftersom att insjuknandet kan innebära en fullständig förändring för patienten. Att bli involverad i utformningen av sin vårdplan är en förutsättning för att kontakten mellan patient och professionell ska vara öppen och jämstelt (a.a.). Eftersom patientens upplevelse av att bli involverad har visat sig ha betydelse för hur framgångsrik behandlingen blir finns behov av ytterligare forskning om hur omvårdnadspersonalen kan involvera patienten i sin vård och behandling. Ett sätt att öka egenmakten och delaktigheten för patienten kan vara att sjuksköterskan har längre samtal med patienten. Detta för att öka känslan av trygghet för patienterna genom att ge dem tid att uttrycka sina tankar och känslor.

Behov av att bli sedd som person

Resultatet visade att det förekom erfarenheter av att bli ifrågasatt i mötet med omvårdnadspersonalen. Patienterna upplevde att personalen inte hade tillräckligt med tid för dem och att deras oro inte blev tagen på allvar. I mötet, som upplevdes kallt och rakt, hade patienterna erfarenhet av att bli bemött som ett sjukdomsfall och inte bli sedd som en hel människa. Johansson (2011) uttrycker att när maktfördelningen i mötet mellan patient och personal är ojäm, kan det påverka patientens upplevelser av mötet, vilket kan leda till flera utmaningar. Pounds (2010) undersökte i sin studie samspelet mellan sjuksköterska och patient med schizofreni och hur den verbala och icke verbala kommunikationen påverkar patientens upplevelse av sjuksköterskan. Det fanns olika sätt som sjuksköterskan kunde etablera kontakt med en patient även om hen hade positiva symtom under mötet. Att sjuksköterskan ansträngde sig och hittade alternativa sätt att nå fram till patienten uppskattades, då patientens förmåga till verbal kommunikation kunde vara nedsatt. Till exempel kunde ögonkontakt eller att sjuksköterskan fanns där och lyssnade bidra till att patienten upplevde kommunikationen som god (a.a.). Resultatet visade också att några patienter hade erfarenhet av att inte bli tagna på allvar när de uttryckte sina tankar och känslor. Erfarenheter av att inte bli talad till som en

vuxen person samt bli förbisedd i mötet med omvårdnadspersonalen framkom. Det uppskattades att sjuksköterskan visade ett intresse av patienten och dennes liv utanför sjukhuset. Viljan att bli sedd som en vanlig människa trots sin sjukdom var något som också framkom. Ett bemötande av detta slag önskades av många patienter. Patienter hade även erfarenhet av att sjuksköterskan ställde mer personliga frågor samt sa uppmuntrande ord. Det är tänkbart att om patienten i större utsträckning har tillgång till specialistutbildad personal kan det förbättra upplevda kommunikationsproblem. Sådan personal har större kunskap om psykisk ohälsa och vad det innebär att leva med schizofreni. Att personalen förstår patientens behov och önskemål påverkar sannolikt patientens upplevelse av mötet. Omvårdnadspersonalens förmåga att se patienten som en person och inte endast som ett sjukdomsfall kan öka möjligheten till att patienten får en god uppfattning av mötet, vilket i sin tur kan gynna tillfrisknandet.

Slutsatser

Litteraturöversiktens resultat kan öka förståelsen för de behov som beskrivs av patienten med schizofrenisjukdom. Behov av att bli involverad i behandling samt möjlighet till en god kommunikation med omvårdnadspersonalen ansågs vara av värde. Resultatet visade även att patienter önskade att bli behandlade som hela personer och inte enbart som ett sjukdomsfall. Frågan är vad det innebär att bli behandlad som en hel person. Ett sätt att närma sig ett svar på frågan kan vara ytterligare forskning, till exempel en kvalitativ studie med djupintervjuer med patienter. Genom att studera patienters uppfattning om vad som skulle förbättra kommunikationen mellan patient och personal, skulle ytterligare kunskap om återhämtning inhämtas. Att undersöka vad patienter med diagnosen schizofreni har för erfarenhet av mötet är betydelsefullt för att relationen mellan patient och personal kan förbättras. Ytterligare forskning kring vad som är väsentligt för att stärka denna relation är centralt för att kunna förbättra behandlingen. Patientens upplevelse av vården är avgörande och har betydelse för tillfrisknandet. Patienter med schizofrenisjukdom har ofta en kontinuerlig kontakt med den psykiatriska vården livet ut. Det är därför en förutsättning för en god omvårdnad att mer forskning bedrivs kring deras situation.

REFERENSER

*Artiklar som resultatet är baserat på.

*Andreasson, E. & Skärsäter, I. (2012) Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2012 Feb;19(1):15-22. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x.

*Barut, J., Dietrich, M., Zaroni, P. & Ridner, S. (2015) Sense of Belonging and Hope in the Lives of Persons with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 2016 Apr;30(2):178-84 <http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.apnu.2015.08.009>

Cameron D., Kapur R. & Campbell P. (2005) Releasing the therapeutic potential of the psychiatric nurse: a human relations perspective of the nurse–patient relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(1): 64–74. <http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/j.1365-2850.2004.00796.x>

Carlsson, T. (21 Oktober 2007) Vad betyder "peer review". *Lingvistbloggen* Hämtad från <http://lingvistbloggen.ling.su.se/?p=244>

Cowen, P., Harrison, P. & Burns, T. (2012) *Psychiatry*. Oxford University Press.

Croona, G. ETIK och UTMANING (2003). *Om lärande av bemötande i professionsutbildning*. Akademisk avhandling för filosofie doktorsexamen vid Institutionen för pedagogik, Växjö universitet. Från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:206684/FULLTEXT01.pdf>

Dearing, KS. (2003). Getting it, together: How the nurse/patient relationship influences treatment compliance for patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2004 Oct;18(5):155-63. The University of Utah, ProQuest Dissertations Publishing, 2003. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15529280s>

Friberg, F., Segesten, K., Östlundh, L. & Dahlborg Lyckhage, E. (2012). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur AB.

- *Güner, P. (2014). Illness Perception in Turkish Schizophrenia Patients: A Qualitative Explorative Study. *Archives of Psychiatric Nursing* 28, 405–412.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.08.016>
- *Hallet, C., Gupta, S., Priebe, S. (2013). What Do Outpatients With Schizophrenia and Mood Disorders Want to Learn About Their Illness? *Psychiatric Services*, 64(8):764-769.
doi:10.1176/appi.ps.201200382.
- *Haron, Y. & Tran, D. (2014). Patients' Perceptions of What Makes a Good Doctor and Nurse in an Israeli Mental Health Hospital. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(9):672– 679. doi: 10.3109/01612840.2014.897778
- Henricsson, M. (Red.). (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Pozkal, Poland: Författarna och Studentlitteratur.
- Johansen, R., Iverson, V., Melle, I., Hestad, K.A., (2013) Therapeutic alliance in early schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study. *Annals of General Psychiatry*. 12(1):14 doi: 10.1186/1744-859X-12-14
- Johansson, T. (2011). Mötets många ansikten- när professionella möter klienter. Meeuwisse, A., Sunesson, S. & Swärd, H. (Red.), *Socialt arbete* (s. 149-150). Stockholm: Natur och kultur.
- Koivisto, K., Janhonen, S., & Väisänen, L. (2004). Patients' experiences of being helped in an inpatient setting. *Journal of Psychiatric and Mental Nursing*, 11(3), 268-275.
<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/j.1365-2850.2003.00705.x>
- Levander, S., Adler, H., Gefvert, O. & Tuninger, E. (2008) *Psykiatri - en orienterande översikt*. Lund: Studentlitteratur AB.
- *Liersch-Sumskis, S., Moxham, L., Curtis, J., (2015). Choosing to Use Compared to Taking Medication: The Meaning of Medication as Described by People Who Experience Schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 51(20): 114-20. <http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/ppc.12072>

*Loughland, C., Cheng, K., Harris, G., Kelly, B., Cohen, M., Sandhu, H., Varmos, M., Levin, TT., Bylund, C., Landa, Y. & Outram, S. (2015). Communication of a schizophrenia diagnosis: A qualitative study of patients' perspectives. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(8): 729-34. doi: 10.1177/0020764015576814.

McDonald, C. & Murphy, Kieran C., (Mar 2003). The new genetics of schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America* 26(1),41-63. doi: 10.1016/S0193-953X(02)00030-8

Myndigheten för vårdanalys. (2014). *Möjligheter till delaktighet och inflytande för personer med psykisk ohälsa*. National Institute of Mental health. Hämtad 2016-04-18 från http://www.nimh.nih.gov/health/publications/schizophrenia-booklet-12-2015/nih-15-3517_151858.pdf

Olsson, H., & Sörensen S. (2011) *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB.

Ottosson, J. (2009) *Psykiatri*. Stockholm: Liber AB.

Park, SA., & Sung, KM. (2013) The effect on helplessness and recovery of an empowerment program for hospitalized persons with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49 (2), 110-117. doi: 10.1111/ppc. 12002

*Pitkänen, A., Hätönen, H., Kuosmanen, L., & Välimäki, M. (2008). Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 2008 Nov;45(11), 1598-1606. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.03.003

Pounds, K. (2010) Client-Nurse Interaction with Individuals with Schizophrenia: A Descriptive Pilot Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(12), 770-4. <http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.3109/01612840.2010.518337>

Rousseau, Andreas. (2008). *Transaktionell modell för som förklaringsmodell för uppkomst av psykisk sjukdom – ett möjligt komplement till stress-sårbarhetsmodellen*. Hämtad 20160317. http://andreasrousseau.se/?attachment_id=103

Röda korset 2014. *Guide till referenshantering enligt APA-systemet*. Hämtad 2017-05-31.
<http://www.rkh.se/PageFiles/466/APA-referensguide.pdf>

Schizofreniförbundet. (u.å.). *Erfarenheter*. Hämtad 2016-06-29 från
<http://www.schizofreniforbundet.se/Erfarenheter/Schizofreni/Sjukdomsforlopp/Psykotiskt-tillstand/>

*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*, 14(4), 562-577. doi: 10.1177/1049732303262423

Shenton, A.K., Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects, *Education for Information* 22(2),63–75. doi: 10.3233/EFI-2004-22201

Sjöstedt E, Dahlstrand A, Severinsson E & Lützén K. The first nurse-patient encounter in a psychiatric setting: discovering a moral commitment in nursing. *Nursing Ethics*, 8(4): 313–327. <http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/096973300100800404>

Socialstyrelsen (2011). *Socialstyrelsens nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd*. Hämtad 2016-06-07.

<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerforpsykosocialainsatsersvidschizofreni>

Socialstyrelsen (2013). *Nationell utvärdering 2013 - vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni*. Hämtad 2016-06-07. <http://www.socialstyrelsen.se/artikelnr/2013-6-7>

Stewart, D., Burrow, H., Duckworth, A., Dhillon, J., Fife, S., Kelly, S., Marsh-Picksley, S., Massey, E., O'Sullivan, J., Qureshi, M., Wright, S., & Bowers, L. Thematic analysis of psychiatric patients' perceptions of nursing staff. *International Journal of Mental Health Nursing* 24(1), 82-90. doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/inm.12107

*Stewart, D., Anthony, G., & Chesson, R. (2010) 'It's not my job. I'm the patient not the doctor': Patient perspectives on medicines management in the treatment of schizophrenia. *Patient Education and Counselling*, 78(2):212-7. doi:10.1016/j.pec.2009.06.016

Svenska Akademiens ordlista (2015). Möte. Hämtad 31 maj 2017.

http://www2.svenskaakademien.se/svenska_spraket/svenska_akademiens_ordlista/saol_13_pa_natet/ordlista

Svenska psykiatriska föreningen. (2009). *Schizofreni: kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Hämtad 2017-02-22. <http://www.svenskpsykiatri.se/wp-content/uploads/2017/02/SPF-kliniska-riktlinjer-om-Schizofreni.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2007). *Yttrande*. Hämtad 2017-02-22 från <https://www.swenurse.se/globalassets/utbildningsfolder-episerver-kurs/remissvar-pdf/2007/slutbetankandet-av-nationella-psykiatrisamordningen.pdf>

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 25 maj, 2017, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763

SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Hämtad 25 maj, 2017, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128

Travelbee, J. (1979). *Travelbee's intervention in psychiatric nursing*. Philadelphia: F.A Davis Company.

Vårdalinstitutet (u.å). Bedömning av trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet av resultaten i kvalitativa studier (PowerPoint-presentation). Hämtad 2017-05-20. <https://moodle.med.lu.se/pluginfile.php/16690/course/section/3462/28januari2014-Trovardighet.pdf>

Wiklund, L. (Red.). (2010). *Vårdande vid psykisk ohälsa - på avancerad nivå*. Lund: Studentlitteratur AB.

World Medical Association (2017). Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad 30 Maj 2017. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Bilaga 1

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
2016-03-29	Cinahl	schizophrenia AND interaction AND nurse patient	år 2000-2016. Peer Reviewed. Språk:Svenska eller engelska	Fritext	12	Svarade ej till syftet	1
2017-03-30	Pubmed	schizophrenia AND communication AND health personnel	år 2004-2016. Peer Reviewed. Språk:Svenska eller engelska	Fritext	102	Svarade ej till syftet	1
2017-03-30	Pubmed	psychosis AND perspective AND communication	år 2004-2016. Peer Reviewed. Språk:Svenska eller engelska	Fritext	18	Svarade ej till syftet	1
2016-03-29	Cinahl	nurse patient relation AND schizophrenia	2000-2016. Peer Reviewed. Språk: Svenska eller engelska	Fritext	81	Svarade ej till syftet	1
2017- 03 -30	Cinahl Complete	schizophrenia AND experience AND illness perception	år 2004-2016. Peer Reviewed. Språk: Svenska eller engelska	Fritext	7	Svarade ej till syftet	1

2017-03-30	Cinahl Complete	Patient education AND schizophrenia	2004-2016. Peer Reviewed. Språk: Svenska eller engelska	Fritext	136	Svarade ej till syftet	1
2017-03-30	Pubmed	schizophrenia AND sense of belonging	2004-2016. Peer Reviewed. Språk: Svenska eller engelska	Fritext	7	Svarade ej till syftet	1
2016-11-30	Cinahl Complete	schizophrenia AND expeience AND patient	år 2000-2016. Peer Reviewed. Språk: Svenska eller engelska	Fritext	125	Svarade ej till syftet	2
2017-03-30	Cinahl Complete	professional-patient relations AND perception AND psychiatric care	år 2004-2016. Peer Reviewed. Språk: Svenska eller engelska	Fritext	17	Svarade ej till syftet	1

Bilaga 2

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Barut J., Dietrich M., Zanoni P., Ridner S., USA, 2015.	<i>Sense of Belonging and Hope in the Lives of Persons with Schizophrenia,</i>	Att utforska hur patienter med schizofreni upplever vården på sluten psykiatrisk avdelning samt känsla av att tillhörighet.	20 patienter, ålder 18- 65 år, som hade haft sin diagnos mer än ett år eller varit inlagd mer än två gånger. Personer med psykos pga droger eller alkohol valdes bort. Alla deltagare var informerade om att det var frivilligt att delta samt och gav sitt godkännande.	Semistrukturerade intervjuer spelades in och transkriberades. Den primära utredaren genomförde alla djupintervjuer enskilt med patienterna. Två mallar användes som grund till intervjun (the General Belongingness Scale & the Sense of Belonging Instrument, Psychological Subscale). Intervjuerna kodades och författarna kom fram till kategorier genom tematisk analys.	Viss mån av känsla av tillhörighet men mer förekommande var känslan av hopplöshet, isolering och utanförskap. Upplevelser av att inte tillhöra ett sammanhang och minskad följsamhet till omvårdnad förekommer på slutna psykiatriska avdelningar.	Mellan. Val av urvalsgrupp samt tillvägagångssätt (intervju) av relevans för studien. Relevant utgångspunkt i bakgrunden. 19 av alla 20 som deltog i intervjuerna svarade på alla frågor. Etisk utgångspunkt, patienternas identitet skyddades.

<p>Loughland C., Cheng K., Harris G., Kelly B., Cohen M., Sandhu H., Varmos M., Levin TT., Bylund C., Landa Y., Outram S., Australien, 2015.</p>	<p><i>Communication of a schizophrenia diagnosis: A qualitative study of patients' perspectives</i></p>	<p>Att undersöka upplevelser kring att bli diagnostiserad med schizofreni och kommunikationen mellan patient och sjuksköterska.</p>	<p>14 deltagare i åldrarna 33-65. Semistrukturerade intervjuer. Inklusionskriterier: Schizofrenidiagnos och inlagda på en psykiatrisk avdelning. Exklusionskriterier: Drog- och alkoholberoende, hjärnskadade eller ett IQ under 70.</p>	<p>90 minuter långa semistrukturerade intervjuer genomförda av en erfaren utomstående person, spelades in och transkriberades. Tre oberoende personer kodade materialet. Datan analyserades pågående under intervjuerna och genomgående teman sammanställdes, som metod användes tematisk analys.</p>	<p>De flesta patienter upplevde att det var positivt att bli diagnostiserad och att det gav svar på många frågor i deras liv. Det ökade även deras följsamhet till behandling. Många saknade mer information kring diagnosen och prognosen. På grund av bristfällig information kring diagnos och prognos upplevde många patienter missnöje.</p>	<p>Mellan. Relevant urvalsgrupp för studiens ändamål. Bakgrunden lyfter en aktuell problematik. Val av metod belyser patienternas synpunkter och erfarenheter. Patienternas anonymitet respekterades.</p>
<p>Schneider, B., Scissons H., Arney L., Benson G., Derry J., Lucas K., Misurelli M., Nickerson D., Sunderland M., Kanada, 2004.</p>	<p><i>Communication between people with schizophrenia and their medical professionals: A participatory research project</i></p>	<p>Att undersöka schizofreni patienters upplevelser av vården och kommunikationen mellan patient och sjuksköterska.</p>	<p>Deltagande forskningsprocess. 11 personer intervjuades. Personer med schizofreni och att de var medlemmar i föreningen Schizophrenia Society.</p>	<p>Intervjuerna gjordes av de som även deltog i undersökningen, de intervjuade varandra och samtalen spelades in. Forskarna genomförde utskrifter efter att ha lyssnat på inspelningen och skapade kategorier. Genom att använda tematisk analys sammanställdes teman efter att ha läst de transkriberade protokollen. En utomstående person</p>	<p>Patienterna hade upplevelser av att inte få tillräckligt med information om läkemedel och dess biverkningar samt respektlöst bemötande och för lite information om stödgrupper. Patienterna önskar bli bemötta med respekt och informerade om sin situation samt lyssnade på även vid tillfällen då de hade svåra sjukdomssymtom.</p>	<p>Hög. Relevant utgångspunkt och syfte. Resultatet diskuteras ingående och rekommendationer presenteras. Den praktiska vården kan nyttja studiens innebörd.</p>

				<p>hjälppte till med att kategorisera och sammanställa teman. Resultatet presenterades sedan för gruppen som fick komma med åsikter och för att diskutera materialet.</p>		
<p>Stewart D., Anthony G., Chesson R., Irland, 2010</p>	<p><i>It's not my job. I'm the patient not the doctor': Patient perspectives on medicines management in the treatment of schizophrenia.</i></p>	<p>Att undersöka schizofreni patienters upplevelser av läkemedels-hanteringen på en sluten avdelning.</p>	<p>15 patienter med schizofreni från en rättspsykiatrisk avdelning, ålder 27-70.</p>	<p>Kvalitativ etnografisk intervjumetod användes. 20 minuter långa semistrukturerade intervjuer transkriberades. Datan kodades och sammanfattades av två personer. Skillnader i resultatet diskuterades. Grundad teori användes.</p>	<p>De flesta patienter litade på personalen och den information de fick angående läkemedel, även om patienterna informerade varandra om sina upplevelser. Alla patienter vill inte själva ha ansvaret för sina mediciner och har inga problem med att överlämna det ansvaret åt personalen. Viktigt för personalen att lyssna på patienternas önskemål.</p>	<p>Låg Syftet delvis relevant för studien. Urvalsgruppen relevant. Ett brett resultat med patienternas olika åsikter och erfarenheter.</p>

<p>Pitkänen, A, Hätönen, H, Kuosmanen, L, Välimäki, M. Finland, 2008.</p>	<p><i>Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study.</i></p>	<p>Att undersöka vilket stöd av sjuksköterskan som av patienterna anses vara av mest värde för att öka livskvaliten under tiden på en psykiatrisk slutenvård.</p>	<p>35 patienter med schizofreni i åldern 18- 65, intervjuer</p>	<p>Djupintervjuer på cirka 25 minuter, som spelades in. Intervjuerna transkriberades, kvalitativ innehållsanalys användes för att organisera materialet.</p>	<p>Fem kategorier framkom av materialet: stöd som ökar egenmakten, det sociala stödet, aktiverade stödet samt stöd som stödjer trygghet- och fysisk hälsa.</p>	<p>Mellan. Tydlig och relevant urvalsgrupp. Syftet och resultatet medel relevant för studien. Högt antal deltagare i intervjuerna. Hänsyn till etiska aspekter genom att säkerställa anonymitet och information om frivillighet att delta.</p>
<p>Andreasson, E., Skarsäter, I. Sverige, 2012.</p>	<p><i>Patienter med psykossjukdom och deras uppfattningar om omhändertagandet vid tvångsvård: underlag för en handlingsplan</i></p>	<p>Att undersöka patienters uppfattningar om omhändertagandet vid tvångsvård under psykosinsjuknandet.</p>	<p>12 patienter med erfarenhet av tvångsvård intervjuades. Fem öppna frågor med följdfrågor.</p>	<p>Kvalitativ design. En fenomenografisk analysmetod användes, som beskriver hur människor uppfattar olika fenomen. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Materialet lästes igenom och författarna sammanställde det som svarade mot syftet, därefter skapades subkategorier.</p>	<p>Två kategorier: Att få det stöd man behöver och Att vårdas med respekt.</p>	<p>Hög. Refererar till tidigare forskning som är av relevans för studien. Belyser problematiken inom den svenska psykiatriska vården. Den praktiska vården kan nyttja studiens innebörd.</p>

<p>Güner, P. Turkiet, 2014.</p>	<p><i>Illness Perception in Turkish Schizophrenia Patients: A Qualitative Explorative Study Archives of Psychiatric Nursing.</i></p>	<p>Att förklara och ge en bred bild av hur det är att ha diagnosen schizofreni från patientperspektiv.</p>	<p>Patienter från två schizofreni föreningar i Istanbul. 9 patienter med diagnosen schizofreni över åldern 18 valdes ut från de två föreningarna.</p>	<p>Intervjuer på 30- 60 minuter som baserades på semi strukturerade enkäter spelades in och transkriberades. Kvalitativ innehållsanalys användes för att koda och hitta teman.</p>	<p>Författarna kom fram till fem teman; att schizofreni är en komplicerad sjukdom, ett mysterium, ett förlorat liv och en dynamisk resa samt en utvecklande process mot återhämtning.</p>	<p>Låg Relevant utgångspunkt i bakgrunden samt urvalsgrupp. Delvis relevant syfte för studien. Resultatet inte lämpligt att omsätta i den praktiska vården. Slutsats ger ideér till relevant fortsatt forskning som den praktiska vården kan nyttja.</p>
<p>Hallet, C., Gupta S., Priebe, S. Storbritannien, 2013.</p>	<p><i>What do outpatients with schizophrenia and mood disorders want to learn about their illness?</i></p>	<p>Att undersöka vad öppenvårdspatienter med schizofreni vill lära sig om sin sjukdom samt hur de vill lära sig.</p>	<p>106 patienter med diagnosen schizofreni från öppenvården intervjuades.</p>	<p>Öppna frågor sammanställdes och granskades kvalitativt, slutna frågor granskades och sammanställdes kvantitativt. Författarna använde sig av innehållsanalys</p>	<p>Mer än två tredjedelar av de som deltog hade önskan om att få lära sig mer om sin sjukdom. Speciellt önskan om att få mer svar kring orsaken till schizofreni förekom.</p>	<p>Mellan. Medel relevant syfte för studien. Resultatet belyser problematiken som stämmer överens med studiens syfte. Den praktiska vården kan dra nytta av resultatet.</p>

<p>Haron, Y., Tran, D. Israel, 2014.</p>	<p><i>Patients' perceptions of what makes a good doctor and nurse in an Israeli mental health hospital.</i></p>	<p>Att undersöka patienters förväntningar på läkare och sjuksköterskor inom den slutna psykiatriska vården.</p>	<p>72 patienter intervjuades enskilt, samtliga från slutenvården.</p>	<p>Intervjuer på 30-60 minuter av sjuksköterskor som fått utbildning för uppdraget och inte arbetade på sjukhuset som patienterna befann sig på. Ett formulär fylldes i under tiden som intervjun pågick som sedan analyserades. Fynden i intervjuerna delades upp i tre kategorier med hjälp av tematisk analys.</p>	<p>Patienter vill bli respekterade och sedda som hela personer, hade en önskan om att bli involverad i sin vård och i besluten kring dem och en förväntan av speciellt sjuksköterskorna att bidra med emotionellt stöd.</p>	<p>Mellan. Hög andel deltagare i intervjuerna. Resultatet gav tre kategorier som ger en tydlig bild av hur patienterna upplever vården. Resultatet går att omsätta i praktiskt vårdarbete.</p>
<p>Liersch-Sumskis, S., Moxham, L., Curtis, J. Australien, 2015.</p>	<p><i>Choosing to Use Compared to Taking Medication: The Meaning of Medication as Described by People Who Experience Schizophrenia</i></p>	<p>Att undersöka hur personer med schizofreni upplever medicineringen i behandlingen av schizofreni.</p>	<p>14 personer över åldern 18 med schizofreni intervjuades. Personer som ansåg sig må bra kunna hantera sin sjukdom valdes. Det tog 18 månader att hitta denna grupp på 14 personer eftersom de flesta som ansåg sig må bra inte längre hade aktiv kontakt med vården.</p>	<p>Semi strukturerade intervjuer mellan 30 - 60 minuter långa som tog plats på ett ställe som den intervjuade fick välja. Intervjuerna spelades in (med tillåtelse) och transkriberades. Meningsfulla ord och fraser underströks för att hitta en struktur och komma fram till ett resultat. Tematisk analys användes som metod.</p>	<p>Genom att tillämpa en attityd av att själv vara i kontroll över och välja att ta sin medicin istället för att tvingas till det, får patienterna en större känsla av kontroll som hjälper dem i många andra aspekter i att hantera sin sjukdom.</p>	<p>Mellan. Medel relevant syfte för studien. Etiska aspekter togs i beaktande. Resultatet kan omsättas i den praktiska vården.</p>