

Återfall vid schizofreni

- vad kan sjuksköterskan göra?

FÖRFATTARE	Hanna Kinnunen Joakim Stenudd
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp/ Omvårdnad - Eget arbete HT 2008
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Nils Sjöström
EXAMINATOR	Margaretha Jerlock

Sahlgrenska akademin VID GÖTEBORGS UNIVERSITET Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Titel (svensk):	Återfall vid schizofreni - vad kan sjuksköterskan göra?
Titel (engelsk):	Relapse in schizophrenia- what can the nurse do?
Arbetets art:	Eget arbete, Fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/	Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/
Kursbeteckning:	Omvårdnad - Eget arbete/VOM200/SPN10
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidor:	20
Författare:	Hanna Kinnunen Joakim Stenudd
Handledare:	Nils Sjöström
Examinator:	Margaretha Jerlock

ABSTRACT

Schizophrenia is considered to be the most serious psychological illness an individual can be afflicted by. About one per cent of the Swedish population will at some point in their lives be diagnosed with this disease. Schizophrenia can cause immense suffering for the person affected, and their relations. Relapse frequencies are high and create dire consequences for an individual's life. The purpose of this study was to explore which factors cause the person with schizophrenia to relapse and what the nurse can do to prevent this. A literature review was carried through based on 14 scientific papers found using the databases CINAHL and PubMed. The results from this study indicated a number of risk factors as cause for relapse, such as non-compliance to treatment, lack of insight, side effects, drug abuse, a high level of psychopathology and isolation. As a nurse in the field of psychological healthcare it is crucial to work pre-emptive and to identify what makes the patient relapse in order to support them and prevent such an event. The nurse can involve the patients in their care, educate and counsel them in their illness and teach strategies for coping. This can be education, CBT and early interventions. Finding studies to answer our purpose was not entirely easy since many of these were medically oriented. The studies were made in many different countries, which could mean some difficulties in applying the result on Swedish conditions. We found that SOC can be used as a guideline when shaping health care, and we also found connections between Watson's nursing theory and the results from the studies. For example: according to Watson, the nurse can function as a teacher, and the papers also point to the importance of patient education. In conclusion, the nurse functions as a coordinator, who can influence many different levels of care with health theories, advocate patients' interests and autonomy and utilize a broad array of nursing interventions.

Key words: schizophrenia, nurse, relapse, compliance, SOC, Watson

SAMMANFATTNING

Schizofreni anses vara den allvarligaste psykiska sjukdomen som en människa kan drabbas av. Ungefär 1 % av den svenska befolkningen kommer någon gång att få diagnosen. Schizofreni orsakar ett enormt lidande för den drabbade och dess familj. Återfallsfrekvensen är hög och ger stora konsekvenser för personens liv. Syftet var att ta reda på varför personer med schizofrenidiagnos återinsjuknar samt vad sjuksköterskan kan göra för att motverka återfall. Arbetet är en litteraturstudie baserad på vetenskapliga artiklar sökta och funna i databaserna CINAHL och PubMed. Resultatet visade på en mängd riskfaktorer för att få återfall såsom dålig följsamhet till behandling, bristande insikt, biverkningar, missbruk, hög psykopatologi och isolering. Som sjuksköterska inom psykiatrisk hälso- och sjukvård är det väsentligt att arbeta preventivt och identifiera vad som gör att patienten återinsjuknar för att sedan stötta dem för att förhindra återfall. Sjuksköterskan kan göra patienter mer delaktiga i vården, utbilda och handleda dem i sjukdom och strategier för att hantera denna. Detta kan vara utbildning, KBT och tidiga interventioner. Det var inte helt lätt att hitta artiklar som skulle svara på vårt syfte då många var inriktade mot läkarens funktion. Studierna vi använt oss av är gjorda i olika länder, det kan innebära vissa svårigheter att applicera resultatet på svenska förhållanden. Vi såg att KASAM kan användas som ett hjälpmedel när man utformar vården, vi hittade dessutom samband mellan Watsons omvårdnadsteori och det som påpekades i artiklarna. Sjuksköterskan fungerar till exempel enligt Watson som en lärare och även i artiklarna framkom vikten av utbildning av patienten. Sjuksköterskan fungerar som en spindel i nätet, som kan verka på ett flertal nivåer för att påverka vården med hälsoteorier, förespråka patientens intressen och bestämmande samt använda sig av en bred arsenal med omvårdnadsåtgärder.

Nyckelord: schizofreni, sjuksköterska, återfall, återinsjuknande, följsamhet, KASAM, Watson

*Tack till vår handledare Nisse för ditt tålamod och aldrig sviktande optimism.
Tack även till examinatorn Margaretha Jerlock för dina goda synpunkter.*

Tillägnad F.M. och E.L.

INNEHÅLL

INTRODUKTION	1
Inledning.....	1
Bakgrund	1
Psykopatologi	2
<i>Prodromalsymtom</i>	2
<i>Positiva symtom</i>	2
<i>Negativa symtom</i>	2
Återinsjuknande – Relapse	3
Stress- och sårbarhetsmodellen	4
Omvårdnadsteoretisk förankring.....	4
KASAM	4
Watsons omvårdnadsteori	5
SYFTE.....	7
METOD.....	7
Dataanalys	7
RESULTAT	9
Varför återinsjuknar personer med schizofreni?	9
Bristande följsamhet.....	9
<i>Bristande insikt samt förnekelse</i>	9
<i>Bristande delaktighet</i>	9
<i>Biverkningar</i>	10
Psykopatologi	10
Isolering.....	10
Missbruk.....	10
Vad kan sjuksköterskan göra för att motverka återinsjuknande?.....	11
Utbildning.....	11
<i>Kognitiv beteendeterapi</i>	12
Främja goda kontakter och delaktighet	12
Involvera närstående	13
Motverka isolering	13
Motverka missbruk.....	13
DISKUSSION	14
Metoddiskussion.....	14
Resultatdiskussion	15
Diskussion av litteraturens validitet och reliabilitet.....	16
Förankring till teoretisk bakgrund.....	17
<i>Återinsjuknandets dimensioner</i>	17
<i>Vad kan sjuksköterskan göra?</i>	18
Förslag till vidare forskning	19
Slutsats	20
REFERENSER.....	21

INTRODUKTION

Inledning

Under vår verksamhetsförlagda utbildning inom psykiatri och i vårt arbete som tillförordnade sjuksköterskor under sommaren mötte vi patienter med omfattande och varierad problematik. Vården av patienter med schizofreni präglades av långa vårdtider och ofta var det medicineringen som fick huvudfokus. Många patienter var så kallade "kroniker" och hade många vårdtillfällen på vårdavdelningar. Intagningarna var i de flesta fall traumatiska för patienten då poliseskort och bältesläggningar var nödvändiga. Vi frågade oss vad de frekventa och täta intagningarna berodde på och svaret var då oftast att patienten hade slutat ta sin medicin. Vi funderade vidare på vad det var som gjorde att patienter återinsjuknar förutom bristande medicinintag och hur sjuksköterskor kunde hjälpa patienten att lyckas bättre med följsamhet och att hålla sig frisk.

Bakgrund

Schizofreni är en varaktig psykisk sjukdom som karakteriseras av brister i verklighetsuppfattning och perception. Den ursprungliga betydelsen av schizofreni kommer från det grekiska ordet *schíza* som översätts till att klyva eller dela, och *phren* som översätts till sinne eller "mind" (1). Kraepelin var den förste som urskiljde schizofreni från alla andra psykiska sjukdomar, han kallade det då för prematur demens (*dementia praecox*). Begreppet döptes sedan om av Bleuler i början av 1900-talet eftersom han ansåg att begreppet var vilseledande, då det framkommit att schizofreni inte är någon form av demens (2).

Prevalensen för schizofreni världen över är ungefär 0,55 %. Stora variationer finns dock mellan länderna då schizofreni diagnostiseras olika världen över (3). Av den svenska befolkningen kommer ungefär 1 % någon gång i sitt liv att drabbas av schizofreni, vilket innebär att i nuläget behöver 30 000 män och 25 000 kvinnor samhällets insatser på grund av denna sjukdom (4). Personer med diagnostiserad schizofreni, schizofrena störningar och vanföreställningar hade sammanlagt 33 036 vårdtillfällen inom slut- och öppenvård under 2004 (5). Utan medicinering återinsjuknar 4/6 inom några år, följer patienterna medicinering återinsjuknar 2/6 under samma tid. Får patienten medicinering, stöd och utbildning så återinsjuknar endast 1/6 på den tiden (6).

Personer med schizofreni var mer eller mindre obehandlade fram till 1952 då medicinering med neuroleptika påbörjades (7). Detta innebar en revolution för vården då patienter kunde skrivas ut (2). Avinstitutionaliseringen i slutet av 70-talet kom på uppmaning av WHO och sedan 60-talet har 80 % av alla patienter lämnat mentalsjukhusen (4). Avinstitutionaliseringen blev förödande för många patienter, dödligheten var mycket stor bland de utskrivna. Under de första sju åren hade 15 % av patienterna avlidit varav en tredjedel till följd av självmord. Av Stockholms alla hemlösa 1993 hade 68 % vistats på mentalsjukhus (8).

I diagnostiseringen av schizofreni finns det internationella överenskommelser som har utarbetats, såsom klassifikationssystemen DSM-IV och ICD-10. För att diagnosen schizofreni skall kunna sättas enligt DSM-IV måste symtom i form av till exempel störd verklighetsuppfattning med sociala funktionsnedsättningar finnas. Dessa symtom skall dessutom ha pågått minst sex månader, men tiden kan dock vara kortare vid framgångsrik behandling (9). Diagnosen för schizofreni ställs med hjälp av självrapporterade upplevelser i kombination med observationer och diagnostiska intervjuer.

Psykopatologi

Symtomen på schizofreni delas enligt Ottosson (10) in i prodromalsymtom, positiva symtom och negativa symtom.

Prodromalsymtom

Prodromalsymtom är tidiga tecken som kommer vid debut av sjukdomen. Irritation, oro och sömnproblem är vanliga, samt sänkt grundstämning och sänkt aptit. Misstänksamhet samt höjd aggressivitet kan också förekomma. Dessa symtom är ospecifika för schizofreni och en läkare kan inte ställa någon diagnos med deras hjälp. De kan dock hjälpa för en tidig upptäckt.

Positiva symtom

Positiva symtom kallas så för att de innefattar kvaliteter som tillkommit och inte finns hos normalbefolkningen, även om de i sig beror på en funktionsstörning i hjärnan. Formella tankestörningar innebär en störning av tankarnas förlopp. Detta märks tydligt på talet, som kan avstanna, felassociationer och nybildning av ord förekommer. Jagstörning innebär att personen förlorar känslan av att vara levande samt avgränsningen av person i förhållande till världen. Tankar känns inte som tänkta av en själv utan som "sända" någonstans ifrån. Hallucinationer från hörseln är vanligt, en eller flera röster kommenterar personens handlingar eller ger order. Hallucinationer från alla sinnen förekommer. Primära perceptionsrelaterade vanföreställningar innebär att den sjuke feltolkar normala händelseförlopp i världen, till exempel ser på nyheterna och tolkar det som att de handlar om henne själv. Primära icke perceptionsrelaterade vanföreställningar är mer en känsla av att allt är mystiskt, och att personen nu för första gången ser de verkliga sambanden i världen. Det typiska som händer, är att personen försöker förklara dessa symtom på olika sätt som varierar med personens bakgrund, och en ny världsbild skapas. Detta kallas för sekundära vanföreställningar.

Negativa symtom

Negativa symtom innebär att kvaliteter har försvunnit från personen. Den sjuke kan vara apatisk och ha förlorat initiativförmåga. Känslor är nollställda, personen mår varken bra eller dåligt. Felaktiga känsloreaktioner förekommer, den sjuke kan skratta när hon borde ha gråtit och vice versa. Personen kan bli mycket fåordig och en slags autism visar sig som självförsjunkhet och hon undviker sällskap. Den kognitiva funktionsstörningen gör det mesta i personens liv svårare eftersom minne, uppmärksamhet och koncentrationsförmåga försämras.

Återinsjuknande – Relapse

Återinsjuknande definieras som att symtomen från tidigare sjukdom återvänder (11). Många personer som någon gång haft ett schizofrent skov insjuknar aldrig igen, medan vissa väldigt sårbara individer insjuknar gång på gång. Återinsjuknandefrekvensen brukar sägas vara ungefär 40 % inom ett år (12). En allmän brist på insikt hör till sjukdomsbilden och beror på hjärnpåverkan, detta kan leda till att patienten inte tar sina mediciner (11). Det finns dock personer som återinsjuknar trots att de har följt medicinordinationer på ett korrekt sätt, till exempel på grund av stress, överdrivna stimuli eller missbruk.

Stuart och Laraia (11) anger att personer återinsjuknar enligt fem klassiska steg. De två första innehåller inga psykotiska drag, dock är dessa de viktigaste för patient och närstående att lära sig känna igen då det är så pass tidigt vården måste verka för att hjälpa den sjuke att inte bli inlagd igen.

Steg ett: Personen känner sig överväldigad och överansträngd, oron ökar. Personen får svårare att genomföra uppgifter och språkbruket försämras, det krävs mycket koncentration även för enkla uppgifter.

Steg två: Personen får ett dämpat medvetande och tecken på depression kan synas. Apati, tvångsmässighet och fobi kan bli märkbara symtom. Personen drar sig tillbaka och minskar kontakt och intryck för att värja sig mot det som skall komma.

Steg tre: Personen blir ohämmad i sina psykotiska tankar och lutar åt det hypomana hållet, hallucinationer samt vanföreställningar kan förekomma.

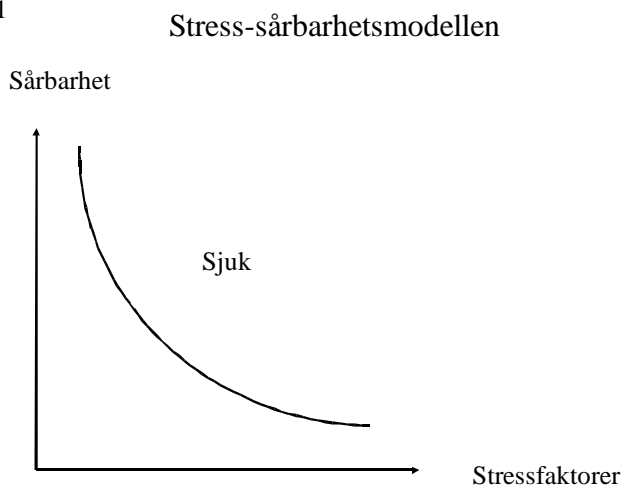
Steg fyra: Psykotisk desorganisering; den sjuke förlorar kontrollen över vanföreställningar och tankar, vilka spårar ur.

Steg fem: Brukar infinna sig på sjukhuset, personen är fortfarande psykotisk men nu dämpad av medicinering. Personen kan bete sig som en robot, och följer instruktioner, men är inte frisk. Det är viktigt att patienterna inte skrivs ut i detta skede, trots att de är ”duktiga patienter”.

Stress- och sårbarhetsmodellen

Stress- och sårbarhetsmodellen är en allmänt accepterad modell för att förstå schizofreni. Enligt denna modell så har alla personer mer eller mindre sårbarhet, som kan bestå i till exempel genetiska faktorer, låg kognitiv förmåga, hjärnskador eller bristande strategier för att hantera livets händelser (13). En sårbar person behöver enligt denna tes bara utsättas för lite stress för att ett insjuknande skall ske, medan en mindre sårbar person inte ens skulle bli sjuk av en livskris, vilket illustreras i figur 1. Stress kan vara livshändelser och påfrestningar som till exempel militärtjänst, separationer, eller att börja högskola och flytta hemifrån.

Figur 1



Omvårdnadsteoretisk förankring

KASAM

Känsla av sammanhang (KASAM) introducerades av Antonovsky (14) i syfte att försöka förklara hälsans och ohälsans dimensioner. Han upptäckte ett kontinuum mellan hälsa (ease) och ohälsa (disease), och anser att upplevelsen av att ha hälsa har stort samband med en persons KASAM. Olika personer kunde hantera trauman olika framgångsrikt, vilket kunde förklaras varför vissa människor rör sig mot högre hälsa på kontinuumet. Ju närmare en person kommer ease, desto högre KASAM har hon. En hög KASAM gör att påfrestningar som personer stöter på kan hanteras bättre medan låg KASAM i kombination med personliga sårbarhetsfaktorer gör att en människa kan insjukna lättare.

Han utgick från att generella motståndsfaktorer, eller så kallade salutonogena faktorer, gör att en person har friskhetsbevarande egenskaper som främjar hälsa. Salutogena faktorer är till exempel god social kapacitet, goda relationer, optimism, inre kontroll, självständighet, självförtroende och god impuls kontroll, starkt socialt stöd och en hälsosam känsla av sig själv.

Antonovsky definierar stressorer som krav en individ inte besitter direkt tillgängliga eller automatiska adaptiva svar på, till exempel svåra livshändelser, övergångar i nya faser, stora krav, liten kontroll eller separationer. Stressorer som är hotfulla för en person med högt KASAM leder till sorg och ledsenhet som kan hanteras, medan stressorer för en person med lågt KASAM ger ångest, ilska, raseri och skuldkänslor.

Inom KASAM finns det tre beståndsdelar; Begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.

- Begriplighet innebär en upplevelse av att det som sker i och utanför personen är greppbart, strukturerat och förutsägbart och att information är sammanhängande och tydlig.
- Hanterbarhet bestäms av hur personen upplever de resurser som finns tillgängliga för att hantera de krav och utmaningar som denne ställs inför.
- Meningsfullhet innebär att en person anser att aktiviteter i vardagen eller själva livet känns meningsfullt för denne. Meningsfullhet fungerar som en motivationskomponent då personer lättare kan se meningen med olika utmaningar.

KASAM är ett begrepp som används i omvårdnadsforskning av Bengtsson-Tops och Hansson (15). Omvårdnadsforskning såväl som KASAM syftar till att främja och bibehålla en persons hälsa. Bengtsson-Tops och Hansson (15) fann samband mellan hög KASAM och upplevelsen av att ha god hälsa hos patienter med schizofrenidiagnos. Sjöström et al. (16) har också funnit att personer som gjort suicidförsök har lägre KASAM jämfört med normalbefolkningen.

Watsons omvårdnadsteori

Omvårdnadsteoretikern Jean Watson (17) talar om interpersonella relationer och samvaron mellan sjuksköterska och patient. Sjuksköterskans närvaro ger patienten en upplevelse av värdighet och genom att denna förmedlar empati känner sig patienten bekräftad i mötet. Varje patient har dessutom rätt till respekt och integritet. Watson framhåller att kommunikation är central i alla vårdssammanhang och att attityder som sjuksköterskan har påverkar det bemötande patienten får i kommunikationen.

Att se personen bakom diagnosen är en viktig del i den interpersonella grundidén och bör genomsyra alla kontakter med patienten. God och effektiv omsorg gynnar och förbättrar hälsa och personlig utveckling. Omsorgen är mer fokuserad på hälsa än tillfrisknad. Ett interpersonellt lärande- och inlärandekoncept tillåter patienten att vara välinformerad och möjliggör ett ansvarsbyte mellan patient och sjuksköterska, patienten blir på detta sätt själv ansvarig för sin egen hälsa. Sjuksköterskan underlättar samtidigt för patienten genom att undervisa och ge kunskap som möjliggör förberedelse för egenvård.

Watson menar att det fundamentala för vård och sjuksköterskans arbete är att denna skall kunna generera en tillitsfull och hjälpande relation med patienten. Relationen mellan sjuksköterska och patient är basen för den trygghet och det välbefinnande patienten känner. Jean Watsons omvårdnadsteori grundas i vårdande beståndsdelar som resulterar i att grundläggande mänskliga behov tillfredställs. De fem första resulterar i en interpersonell relation mellan patient och sjuksköterska.

Den första vårdande faktorn illustrerar hur viktigt det är att omvårdnaden grundar sig i ett humanistiskt synsätt. Empati och en altruistisk värdegrund är grundläggande för att få en bra relation med patienten.

Den andra vårdande faktorn innebär att man som sjuksköterska skall kunna förmedla en känsla av tro och hopp till patienten. Tro på omvårdnaden och hopp om framtiden kan påverka sjukdomsförloppet och Watson skriver att hoppet kan vara lika avgörande som medicinsk behandling.

Sjuksköterskan måste vidare kunna ges möjlighet att uppleva egna känslor, men också acceptera dem, först då kan sjuksköterskan även acceptera och känna igen patientens känslor, vilket Watson menar är den tredje faktorn. Om man som sjuksköterska är självmedveten och reflekterande över sina egna känslor så kan man lindra patientens lidande och öka välbefinnandet hos denne eftersom man har en större förståelse för vad patienten genomgår och erfar.

Om sjuksköterskan lyckas skapa en vårdande relation som är formad av tilltro och hjälpande så kan man behärska den fjärde vårdande faktorn; Att kunna visa värme, empati och genuinitet är en grundförutsättning för att en sjuksköterska skall kunna upprätta en relation där patienten känner sig respekterad för sina känslor och upplevelser.

Sjuksköterskans verktyg är lyssnandet, vilket påpekas i den femte vårdande faktorn. Med lyssnandet kan sjuksköterskan förmedla värme. Patienten skall ges möjlighet att visa både positiva och negativa känslor, i den interpersonella relationen skall sjuksköterskan på ett professionellt sätt möta, acceptera och förstå olika reaktioner som patienten har trots att reaktionerna inte alltid behöver vara rationella. Först nu kan sjuksköterskan hjälpa och ge möjlighet för patienten att förstå vad som sker med denne känslomässigt.

SYFTE

Syftet med detta arbete var att ta reda på varför personer med schizofreni återinsjuknar samt vad sjuksköterskan kan göra för att motverka återfall.

METOD

I denna litteraturstudie har sökningen efter vetenskapliga artiklar gjorts i databaserna CINAHL och PubMed. En bred primärsökning gjordes i början av skrivandet för att bilda en allmän uppfattning om ämnet. Alla sökord hade ett så kallat wildcard, *, för att söka olika former av ordet. Även det booleska ordet AND användes i alla sökningar. Samtliga databassökningar innehöll nyckelordet *schizo**. Sökningarna begränsades med ytterligare sökord för att minska antalet träffar, till exempel *relaps**, *complian**, *non-complian**, *adhere** och *interve**. I CINAHL sattes ”peer-reviewed” och ”research article” som begränsning. I PubMed användes engelskt språk och nursing journals som begränsning. Artiklarna skulle dessutom finnas tillgängliga i full-text för att läsas på datorn eller tas fram på Göteborgs universitetsbibliotek.

Titlarna lästes igenom av båda författarna för att kunna göra en primär grov utsortering. Artiklar som handlade om jämförelser mellan olika preparat eller andra saker som inte handlar om sjuksköterskans arbetsfunktion valdes bort. Abstract lästes på de artiklar som ansågs passa syftet och dessa sparades till en ytterligare sortering. Det gick inte att få fram tillräckligt många artiklar i fulltext eller från universitetsbiblioteket från Cinahl, därför betalade vi för tre stycken därifrån.

Två artiklar (18,19) hittades vid manuell sökning, en i artikeln *atypical neuroleptic: autonomy and compliance* och den andra i SBU-rapporten *evidensbaserad omvårdnad: behandling av personer med schizofreni*. Sökningen på PubMed gav ytterligare utdelning och vi fann där tillräckligt många artiklar, varav en litteraturstudie, för att komplettera samlingen. Dessa artiklar lästes och granskades av båda författarna med hjälp av en granskningsmall. Med hjälp av resultatet från denna kunde författarna diskutera vilka som skulle uteslutas, och vilka som fick vara kvar. Till slut fanns totalt 14 artiklar, varav en litteraturstudie kvar. Se tabell 1 på sidan 8 och bilaga 1 för utförlig beskrivning.

Dataanalys

Samtliga artiklar lästes av båda författarna separat, och vi jämförde sedan våra fynd. Det framkom att vi funnit lite olika saker, och därför lästes artiklarna igenom fler gånger, tills vi fått fram ett resultat som vi var överens om. En deduktiv analys användes vid genomläsningen av artiklarna. Vi hade dels KASAM och stress- och sårbarhetsmodellen som glasögon, men även Watsons omvårdnadsteori. I artiklarna letade vi dels efter användning av dessa teorier, samt efter svar på vårt syfte. Resultat och slutsatser som hade relevans för att svara på våra frågeställningar ströks under vid genomläsningarna och placerades sedan under teman. Dessa teman blev sedan rubriker i resultatdelen.

Tabell 1: Artikelsökningar

Datum för sökning	Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Granskade	Använda artiklars ref. nr
080924	Hittad i atypical neuroleptic: autonomy and compliance?	Manuell sökning		1	1	19
080925	Cinahl	schizo* nurs* continu* treat*	English, abstract available, peer reviewed	12	4	22
080925	Cinahl	schizo* sympt* interven* relaps*	English, abstract available, nursing journals, peer reviewed	49	5	23,24
080927	Hittad i Evidensbaserad omvårdnad: Behandling av personer med schizofreni (SBU-rapport)	Manuell sökning		1	1	18
080928	Cinahl	schizo* nurs* adhere*	English, abstract available, peer reviewed	18	4	26
080928	PubMed	schizo* nurs* noncompliant*	English, abstract available,	8	1	20
080930	PubMed	schizo* relaps*	English, full text, nursing journals	42	18	12,21,25, 27,28,30
080930	PubMed	schizo* nurs* relaps*	English, free full text, abstract available	8	1	29

RESULTAT

Varför återinsjuknar personer med schizofreni?

Vi har funnit att personer med schizofreni återinsjuknar framför allt på grund av bristande följsamhet, eller non-compliance, till behandling. Det finns flera anledningar till detta, såsom dålig insikt i sjukdomen, bristande delaktighet i bestämmande kring behandling och biverkningar av mediciner, dessa faktorer står därför som underrubriker till bristande följsamhet. En rad andra faktorer spelar in för både återinsjuknande och oföljsamhet, som en hög psykopatologi, isolering och missbruk, dessa står därför som egna rubriker. Alla dessa faktorer hänger dock samman och påverkar varandra.

Bristande följsamhet

40-50 % av alla personer med schizofreni uppskattas vara oföljsamma till sin behandling (12). Det finns ett starkt samband mellan oföljsamhet och en ökad risk för återinsjuknande. Om patienten slutar ta sina mediciner så blir denne mer benägen att få ett nytt skov av sjukdomen, då medicinens skyddande effekter inte längre kvarstår.

Bristande insikt samt förnekelse

Bristande insikt och förnekelse av sjukdom har ett stort samband med bristande följsamhet (12,19,20). Även om en person vet att de har diagnosen schizofreni är det inte säkert att de vet precis vad det innebär och hur den är kopplad till deras symtom. Ofta har dessa personer egna tankekonstruktioner för att förklara sina symtom (21). I en undersökning av Mulaik (20) fann man att personer med schizofreni kan bli mindre följsamma på grund av förnekelse av sin sjukdom, då de inte förstod att medicinering var nödvändig. Denna förnekelse kunde bero på dålig insikt (19,20), men även på grund av en ovilja att klassas som psykiskt sjuk (21). Vissa personer var följsamma så länge de hade positiva symtom, men slutade ta sina mediciner när skovet var över då de inte förstod nödvändigheten av medicinering (20). Vissa förstod inte att deras psykotiska tillstånd var onormalt och trodde att alla hörde röster (21).

Bristande delaktighet

Personer med schizofreni är sällan delaktiga i bestämmandet kring sin behandling. De som inte har kontroll över sin egen medicinering är mindre följsamma med den (22). Bunn et al. (22) undersökte varför patienter inte ville fortsätta behandling och fann att om patienten inte är delaktig i beslutsfattandet kring behandlingen kunde det ge en sämre attityd till densamma. Personer med dålig kunskap om behandlingens utformning hade större benägenhet att vägra mediciner. Avsaknad av tillit till vårdpersonal betydde mycket för patienterna (18). Många berättade att de inte kände möjlighet att vara öppna med personalen då de ansåg att detta skulle leda till längre behandling eller mer mediciner. Det fanns en maktobalans mellan patienter och personal; *I don't know the staff. They come here to work 8 hours. . . . I don't know their values. They know everything about us and we don't know anything about them* (18, s.193).

Biverkningar

En hög nivå av biverkningar gör att personer med schizofreni blir mindre benägna att vara följsamma med medicinering (18,20). Även en förväntan hos patienten att få mycket biverkningar ledde till sämre följsamhet (22).

Psykopatologi

En hög psykopatologi med mycket symtom påverkar följsamhet negativt (19,20). England (23) fann att rösthallucinationer kan vara skadliga och ha ett elakt inslag, vilket bidrog till att personer återinsjuknade. Dessa stressande situationer kan även leda till ångest och därmed ha en negativ påverkan som i sig leder till återfall. Däremot kunde en strukturerad vardag ge motsatt effekt. Likaså kunde en för liten eller för hög nivå av yttre stimulans påverka symtom och leda till återinsjuknande (18,24).

Isolering

Avsaknaden av ett socialt nätverk tycktes enligt De Niro (18) vara den främsta anledningen till isolering. En ökad känsla av isolering hos de sjuka kunde bero på en oförmåga att genomföra sociala interaktioner. Personer med schizofreni har ofta svårigheter att ta kontakt med andra människor, delvis för att de inte vet hur de skall göra, men även av rädsla. De känner sig inte förstådda av andra människor, utan upplever att de är annorlunda. Detta ger konsekvenser med avsaknad av socialt nätverk, relationer och arbetslöshet. Isolering är vanligt innan ett förestående återfall. Denna isolering leder till ökad ångest samt mer symtom och kan därmed i sig öka risken för återfall. *Got lonely in the apartment, lonely when I'm by myself in a room. Crashes up on me, it's a scary feeling, feel sad, feel all kinds of things. That's when they [the professional staff] got me for suicide precautions* (18, s.190). Personer med schizofreni beskriver att de har ett lågt självförtroende (20), kulturen kan stigmatisera psykisk sjukdom och vara ett hinder för att söka vård (25).

Missbruk

Det finns en stark koppling mellan missbruk och hög risk för återfall, samt sämre följsamhet (12,20). I en studie av Constain (21) uppgav patienter med schizofrenidiagnos att Cannabisrökning gjorde rösthallucinationer högre och klarare, vilket av vissa upplevdes som bra. När de positiva symtomen förstärktes så upplevdes de lättare att kontrollera. Andra rökte cannabis för att sätta igång grandiosa psykoser, vilket de upplevde var det enda sättet att uppleva en kontroll över vardagen. Även när de var symtomfria så fanns den konstruerade världsbilden kvar i deras minnen och de ville återvända dit. Vissa ville bli mer kreativa, de upplevde sig kunna tänka bättre samt fick mer energi om de rökte, och ansåg att de positiva effekterna med cannabis övervägde de negativa; *Cannabis makes me speedy. It relaxes me and it stimulates my mind, it makes me want to rap, because I'm a rap artist, hip-hop, be-bop. Whatever you want to call it* (21, s.231). Missbruket användes av ett flertal för att minska medicinbiverkningar och för att känna sig levande. Cannabis hjälpte flertalet patienter att få bättre nattsömn. Vissa rökte för att förtränga trauman som utspelat sig tidigare i livet. Några personer i studien rökte cannabis för att de ville bortförklara symtomen och få en annan diagnos, de ville absolut inte "vara schizofrena" (21).

Vad kan sjuksköterskan göra för att motverka återinsjuknande?

Resultatet från litteraturstudien visar att sjuksköterskan själv eller i samverkan med övriga samhällsfunktioner kan bidra till en minskning av återfallsfrekvensen hos personer med schizofreni. Viktiga faktorer som framkom för att motverka återinsjuknande var följande: utbildning och kognitiv beteendeterapi, att främja goda kontakter och delaktighet, involvera närstående, motverka isolering samt motverka missbruk.

Utbildning

Pedagogiska omvårdnadsinsatser kan användas för att öka patientens kunskap. Patienter blir mer följsamma med medicinering om de får utbildning i sin sjukdom och behandling, då utbildningen ger en större förståelse för sjukdomens och medicinens mekanismer (12,23). En känsla av att ha kompetens och att själv kunna hantera sin sjukdom resulterade i att patienten kände mindre ångest (24). Social utbildning kan ges i syfte att öka hanterbarhet av sociala situationer och lära patienten att sätta gränser. Sjuksköterskan löser vardagliga problem och rollspelar med patienten för att förbereda för ett liv i samhället (18,20).

En intervention som sjuksköterskan kan använda sig av är att finna patientens specifika varningstecken och hitta eller lära ut symtomhanteringsstrategier som fungerar för den specifika personen. Syftet är att personen själv skall lära sig att återfå balansen eller söka hjälp i tid (20,26,27). Van Meijel et al. (27) försåg sjuksköterskor med ett protokoll för att etablera en återfallsförhindrande plan tillsammans med patienter och deras anhöriga. Sjuksköterskan presenterade först protokollet för patienten för att denna skulle bli motiverad. Tillsammans med patient och anhöriga kartlade sjuksköterskorna specifika symtom på återinsjuknande och klassificerade dessa efter svårighetsgrad. Med hjälp av den handlingsplan som etablerades, kunde patienten lära sig hantera stress, förbättra copingstrategier samt skydda sig från överdrivna stimuli, eller i värsta fall söka sjukvård i tid. De som fick interventionen hade 52 % lägre risk att få ett återfall inom ett år.

En metod för utbildning som sjuksköterskor kan organisera är så kallad jämlikerådgivning. Detta innebär att en person med schizofrenidiagnos, fri från symtom och i en stabil fas, ger råd och vägledning till en sjuk person. Denna metod användes i en studie av Rummel-Kluge et al. (28). Deltagarna i studien kände sig förstådda och litade på rådgivaren, tyckte att de fick bra råd och kände att han var öppen och lyssnade aktivt. I stort sett alla patienter var nöjda och skulle rekommendera rådgivningen till andra. Rådgivaren kan fungera som en förebild för patienterna om han sköter sig själv bra, och har en stor trovärdighet eftersom han vet hur det är att ha schizofreni. Det är troligtvis lättare för en rådgivare som själv har en psykiatrisk diagnos att ändra attityder hos personer med schizofreni. Eftersom de är eller har varit i samma situation, blir det rådgivaren säger mer trovärdigt.

Information till patienten leder dock inte alltid till en positiv respons. Om patienten känner att informationen är påtvingad, kan det leda till motstånd och förvirring (24). Detta var främst när patienten inte var redo att ta emot information om potentiella framtida skov. Patienter som enbart fått utbildning och därmed högre insikt, hade även ökad risk för samtidig depression (29).

Kognitiv beteendeterapi

Risken för depression vid förhöjd insikt minskade hos dem som samtidigt fick kognitiv beteendeterapi (KBT) av 10-dagars KBT-utbildade sjuksköterskor (29). Denna extra intervention gav även minskad risk för återinsjuknande, samt kortare vårdtid vid ett återinsjuknande. Utbildning bör alltså kompletteras med KBT. Terapin var mycket kostnadseffektiv, forskarna räknade ut att en hel vårdavdelning skulle kunna stängas på grund av minskad sjukdomstid. Sjuksköterskor fick instruktioner att skapa en allians med patienten och utveckla normaliserande förklaringar på symtom (12,29). Sjuksköterskorna lärde ut symtomhanteringstekniker till patienterna, samt hur dessa kunde utveckla mer funktionella tankar kring sig själva och andra, och även hur patienten kunde utveckla en personlig plan för att förhindra återfall. Patienterna kan vid KBT även få gå igenom sin sjukdomshistoria och man bör diskutera fördelar och nackdelar med medicinering (12).

Främja goda kontakter och delaktighet

Constain (21) fann att patienten och vårdpersonalens uppfattningar kan skilja sig åt radikalt. För att kunna mötas och gå vidare tillsammans måste vårdaren förstå hur patienten upplever världen och börja där, snarare än i sin egen föreställning. Som sjuksköterska kan man finna de attityder hos patienten som ligger bakom oförljshhet, för att på så sätt få reda på vilka stödsatser patienten behöver (22,26). Vid utbildning stärks samarbetet mellan patient och sjuksköterska då patienten får uppleva något annat av vården än bara medicinering (26). Utbildningen fungerade som ett verktyg för kommunikation, och relationen förbättrades samtidigt då patienten vågade öppna sig och lösa sina problem tillsammans med sjuksköterskan.

Sjuksköterskan bör försöka bilda en förtroendefull relation med patienten, så att denne känner tillit och känner att hon kan be om hjälp (18). För att patienten skall vilja fortsätta behandlingen är det viktigt att denne känner sig delaktig (12,18,22,26). Genom att patienten är med och fattar beslut får denne en mer positiv attityd till vården. En känsla av delaktighet gör att patienten känner ansvar för sin rehabilitering. Medicinscheman bör skraddarsys efter varje patients vardagliga liv, så att de upplever sig ha nytta av medicinen och störs minimalt av den (12).

Patienterna ansåg själva att mänsklig närvaro, hopp och värme var nyckeln för att lindra deras lidande och förbättra rehabiliteringen (26). En vårdares personliga egenskaper kan vara nyckeln till en bra allians; förmåga att lyssna och känna empati, eller om man klickar rent personlighetsmässigt (12). Att arbeta med tidiga interventioner och hitta tidiga tecken ledde till att patienten fick en ökad känsla av kontroll då denne inte kände sig låst av rädslan för återinsjuknande (26). Patienterna kunde själva avgöra och bestämma om de behövde professionell hjälp då de hade ökad kunskap och förståelse om det egna beteendet. Till följd av det kände sig patienterna inte längre kontrollerade av sin sjukdom eller av vården och möjligheterna till egenvård främjades.

Involvera närstående

Följsamhet till behandling blir bättre om en familjemedlem är involverad (12). I både väst och Kina vårdas upp till 50 % av personer med schizofreni av sina närstående (30). Norman och Chien (30) fann att sjuksköterskor bör anpassa åtgärder för närstående efter olika familjers specifika behov, då dessa kan variera med till exempel socioekonomiska faktorer. Ofta underskattas familjers behov av utbildning och information för att adekvat kunna ta hand om sin sjuka släkting. Det de närstående i studien ansåg viktigast, var att få information om tidiga varningstecken och återinsjuknande, biverkningar samt strategier för att lösa problem och kommunicera bättre. Även utbildning i upplevelsen av att vara sjuk och hantering av våldsbeteenden ansågs viktiga, samt strategier för att hantera hallucinationer, stress samt sjukvårdssystemet.

I en annan studie av Chien et al. (25) fann forskarna att närstående till personer med schizofreni ofta drar ett tungt lass och därför har lätt att bränna ut sig om de inte får tillräckliga stödinsatser. De fann även att ömsesidigt gruppstöd för familjen i 12 veckor lett av en sjuksköterska var mer effektivt än psykoutbildning för att förbättra socialt fungerande, levnadsfärdigheter och egenvård hos personerna med schizofreni. Det ömsesidiga familjegruppstödet bestod i att de närstående skulle finna sina egna psykologiska behov samt lära sig att hantera dessa. De fick även lära sig att finna sin egen roll i relation till sin sjuke släkting och strategier för att hantera denna situation. Detta ledde till att familjen och dess kommunikation fungerade bättre i stort, vilket gav andra positiva följder för de inblandade, till exempel ökade patientens förmåga att lösa problem, kommunicera samt generell funktion. Dessa positiva förändringar upptäcktes vid uppföljningen efter 6 månader.

Motverka isolering

De Niro anser att eftersom isolering kan leda till ångest och sen upptäckt av återfall bör sjuksköterskan bidra till att patientens sociala nätverk bibehålls, eller i avsaknad av det bidra till att finna ett sådant (18). Som sjuksköterska kan man hjälpa patienten att bryta sin isolering genom att bidra till struktur i vardagen och en lagom mängd stimuli. Psychoeducation innebär bl.a. genomgång av de samhällsresurser som finns tillgängliga. Av de resurser som erbjuds till patienterna ansågs sociala aktiviteter som bäst. Personerna med schizofreni fick bättre självförtroende, kände sig delaktiga i något, de fick vara med medmänniskor och lära sig att inte skrämra dem samt lära sig hur man umgås på ett acceptabelt sätt. En känsla av att tillhöra en grupp framkom som viktigt för att en människa skall må bra och känna sig accepterad; *Society, what society? Maybe I'll join the dolphin clan, maybe the ocean has a society for me* (18, s.190).

Motverka missbruk

För att kunna förhindra återfall relaterat till missbruk bör sjuksköterskan samtala med personen på ett bra sätt, man bör sträva efter att förstå personens livsvärld och utgå från denna värld i samtal, och inte sin egen eftersom de två kan skilja sig mycket åt (21). Att röka cannabis kan vara ett sätt för patienten att hantera sin sjukdom. Som sjuksköterska bör man hjälpa patienten att finna andra strategier för att må bra.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vi var intresserade av att finna orsaker till varför personer med schizofrenidiagnos återinsjuknar samt vad sjuksköterskan kan bidra med för att förhindra återfall. Litteraturstudien är en bra metod för att få en överblick över det aktuella kunskapsläget.

Det var inte helt lätt att finna artiklar som passade perfekt för vårt syfte. Det fanns många artiklar som var inriktade mot läkarens funktion. Många handlade inte direkt om interventioner för att förhindra återfall så vi var tvungna att använda det vi fann för att på bästa sätt svara på vårt syfte. Det fanns ett begränsat antal artiklar att få tag på via Cinahl, och därför beställdes tre artiklar därifrån. Då vi fortfarande inte hade tillräckligt många artiklar för att få tillförlitlighet så sökte vi även på PubMed, även där fanns det enbart ett begränsat antal artiklar att få tag på. Vi fann till slut tillräckligt många artiklar med signifikanta bevis för att kunna dra egna slutsatser.

Artiklarna som vi använde till litteraturstudien är skrivna mellan 1992-2008, endast fyra av 14 var dock skrivna innan år 2000 (18-20,22). Dessa fyra ansåg vi fortfarande vara aktuella eftersom de bl.a. behandlade varför patienter med schizofrenidiagnos återfaller. Detta innebär att vi trots allt har fått en bra bild av det nutida kunskapsläget. Artiklarna utgjordes av både kvantitativa och kvalitativa studier, vilket ger en fördelaktig bredd på kunskapen.

De kvantitativa artiklarna använde sig av standardiserade mätinstrument, som till exempel PANSS, SAI och IQ för att mäta bl.a. funktionsnivå, välbefinnande och insikt, vilket torde ge en god validitet. Samtliga av de kvalitativa artiklarna använde sig av intervjubaserade studier för insamlingen av data (18,20,21,24,26). Det deltog mellan 10-30 personer i dessa studier, vilket vi anser vara tillräckligt för att få en god bild. Bortfallet kunde i vissa studier uppgå till 30 %, detta är dock vanligt när man gör studier på personer med psykiatrisk diagnos (Sjöström, personlig kommunikation). I några studier användes bekvämlighetsurval (21,22,28), vilket kan ifrågasätta reliabiliteten hos dessa.

Kvalitativ forskning har fördelen att den kan utforska nytt territorium, samt ge en fördjupad kunskap av verkligheten, dock ger den en bild baserad på ett fåtal människors upplevelser. Kvantitativ forskning å andra sidan har den fördelen att resultaten är generaliserbara medan fördjupad kunskap om fenomenet inte uppmärksammas. Användandet av båda dessa sorters kunskap torde ha gett oss en god bredd och en helhetssyn, då både patienters upplevelser och solida data använts.

Studierna är gjorda i olika kulturella kontext. Det kan innebära vissa svårigheter att applicera resultatet på svenska förhållanden. Hälso- och sjukvårdssystem skiljer sig åt mellan olika länder, även familjeförhållanden och sociokulturella faktorer spelar in. Våra artiklar var från England, USA, Australien, Kanada, Nederländerna, Hong Kong och Tyskland.

Det framgår oklart i flertalet av artiklarna om de var etiskt granskade. Det kan hända att etiska granskningar inte rutinmässigt utfördes på 90-talet (Sjöström, personlig kommunikation). Dock kan det vara underförstått att de är etiskt granskade, då detta ofta krävs för att en artikel skall bli publicerad. Diskussion om etiska aspekter är extra viktigt vid undersökningar gällande personer med schizofreni eftersom de är en utsatt grupp. Patienter inom en slutenvårdsavdelning kan känna att de är tvungna att delta i studier eller ge svar som de tror skall instämma med vad intervjuaren vill höra, eller att de får nackdelar av att inte delta. Det kan också vara fallet att de är förvirrade och inte förstår vad deltagande eller studie innebär. I en artikel (28) så angavs att personalen uppmuntrade patienterna att delta, vilket kan ses som etiskt svagt. Å andra sidan uppgav nästan alla patienter att de var nöjda med den interventionen.

Forskarna undersökte inte könsskillnader i alla artiklar. I de man väl undersökte var förhållandet mellan män och kvinnor ganska lika. De flesta artiklar tar inte upp genusfrågan, vilket kan ses som en svaghet. I de artiklar som angav könsskillnader var det något fler män än kvinnor medverkande, dock kan detta bero på att något fler män än kvinnor har schizofrenidiagnos, och borde i så fall ge en god bild av verkligheten.

Fördelen med att vara två författare när vi skrev fördjupningsarbetet var att vi kunde diskutera sinsemellan när analysen genomfördes. Nackdelar med att vara två som skrev var mer praktiska såsom diskussioner om utformning och formuleringar. Watsons omvårdnadsteori, KASAM och Stress- och sårbarhetsmodellen var till hjälp för att bättre kunna se sjuksköterskans specifika funktion, samt för att finna de mekanismer som orsakar ett återinsjuknande och som kan användas för att bättre förstå förhindrandet av detsamma. Granskningsprotokollet var användbart då det belyser det som är viktigt i studiers metoder, och har påverkat utgången i valet av artiklar.

Resultatdiskussion

Våra första tankar när vi började skriva var att finna hur sjuksköterskan kunde förbättra följsamhet, men vi insåg ganska snart att detta bara var en liten del av helheten. Vi har funnit att personer med schizofreni inte bara insjuknar på grund av bristande följsamhet, vilket är den allmänna uppfattningen ute i verksamheten, utan på grund av diverse olika orsaker. Förutom bristande följsamhet fann vi bristande insikt, bristande delaktighet, biverkningar, psykopatologi, isolering samt missbruk som orsaker till återinsjuknande. Det som sjuksköterskan kan göra för att minska risken för återinsjuknande är att ge utbildning, utföra kognitiv beteendeterapi, främja delaktighet och goda kontakter, involvera och använda närstående som en resurs samt att minska både isolering och missbruk. Vi har därmed infriat vårt syfte, då det var att finna varför personer med schizofreni återinsjuknar, samt vad sjuksköterskan kan göra för att förhindra återfall. Artiklarna motsade inte varandra, utan hade liknande fynd i stort sett helt igenom. Dock kan validiteten och reliabiliteten av deras enskilda resultat diskuteras.

Diskussion av litteraturens validitet och reliabilitet

Återfall har i litteraturen definierats lite olika och ibland inte alls, men då menades det underförstått att det innebar en återinläggning inom slutenvård. Återfall kunde även definieras som att en viss grad av symtom hade återkommit (27). En brist hos i stort sett alla artiklar var att de inte definierade följsamhet. Den kan definieras på ännu fler olika sätt än återfall, från nivå av kemikalier i blodet, till patientutsagor och läkarbedömningar, vilka alla tenderar att överskatta följsamheten (12).

Man skulle kunna klaga på att man försöker sig på att mäta det ålderdomliga begreppet följsamhet, eller compliance/adherence, när begreppet concordance finns. Skillnaden mellan de två är att compliance endast anger hur följsam patienten är till behandlingen, alltså hur väl de följer vårdens instruktioner, medan concordance anger hur väl patientens och vårdens mål överensstämmer. Dock skulle concordance vara ännu svårare att mäta, då det är svårt att operationalisera viljor och åsikter. Ironiskt nog så leder forskningen om vad vården kan göra för att öka compliance till att man överger begreppet och går över till självbestämmande och concordance för att öka följsamheten (12).

Forskare såg en mycket stor fördel för både patienter och närstående av ömsesidigt familjegruppsstöd jämfört med utbildning av patienten (25). Vi frågar oss om detta kan bero på att familjen redan från början är extra utsatt i Hong Kong, där denna studie genomfördes. Författarna till artikeln anger själva att både skam och stigma kring psykisk sjukdom är höga inom den kinesiska kulturen. Det anges även att följsamhet och den sjukes funktion ökade vid familjeterapi, frågan är om det berodde på att det var just en närstående som vårdade eller att den sjuke hade en människa som övervakade att alla piller togs.

Frågan är hur mycket man som sjuksköterska bör bidra till att involvera närstående? Denna problematisering tas inte upp i litteraturen. Dels finns risken med hög expressed emotion (11), ett överdrivet uttryckande av känslor från vissa närståendes sida som kan bidra negativt till den sjukes hälsa. Dels kan man fråga sig vilken rätt man som sjuksköterska har att dra in människor i en vårdande situation, en situation som de kanske aldrig stött på innan eller ens är lämpade för. Det finns ingen garanti för att närstående vill vara med i vårdandet, men detta automatiska rekryterande av närstående som förekommer i praxis verkar aldrig ifrågasättas.

Artikeln om upplevelser av cannabismissbruk visar på den stora påverkan missbruk kan ha på utfallet av behandlingen, och det var den enda som handlade rent om missbruk som vi fann (21). I de flesta andra artiklarna så uteslöts patienter med missbruk redan i urvalet, då missbruk komplicerar behandlingen. I regel uteslöts även personer med andra komplicerande faktorer, till exempel lång sjukdomstid eller mycket symtom, vilket kan göra urvalsgruppen olik den verkliga populationen av personer med schizofrenidiagnos. I så fall ifrågasätter detta användbarheten av resultatet. Å andra sidan så kan vi argumentera för användbarheten vid relativt okomplicerad schizofreni, men kanske inte för de allra sjukaste.

Tillförlitligheten av det patienten uppger diskuteras i många av våra artiklar. Vi undrar om patienterna är lojala mot sina vårdare, och därför anpassar sina svar vid intervjuer, detta borde dock undvikas då forskare oftast är utomstående, och intervjuer sker bakom stängda dörrar. I studien som handlade om jämliksrådgivning observerades inte själva rådgivningen, utan forskarna undersökte istället rådgivarens och patienternas åsikter om varje tillfälle (28). Detta kan anses vara en brist, men å andra sidan kan det vara en fördel; Eftersom etiska regler säger att forskare måste informera deltagare att de observeras, kan en sådan vetskap hos de sjuka och speciellt hos gruppen med schizofrenidiagnos, bidra till att försämra effekten av terapi.

Åtgärder som är väldigt specifika eller kräver en viss kompetens hos sjuksköterskan, kan vara svåra att implementera, då de är extra beroende av kontexten de prövades i. Praktiska svårigheter med bemanning och att frigöra tid för utbildning, samt ekonomiska frågor, kan uppkomma. Sjuksköterskeutbildningar skiljer sig åt både nationellt och internationellt, och kan ge olika förutsättningar för att genomföra vissa typer av interventioner, men förhoppningsvis förbättras denna svaghet i och med att Bologna-processen införts. Generella åtgärder som vänder sig åt det humanistiska hållet är förmodligen mindre kontextberoende i detta avseende, men här kan i stället kulturella och personliga skillnader göra sig påminda. Psychoeducation var ett begrepp som användes flitigt för att beskriva interventioner, men definierades sällan i de studier vi fann, detta är en svaghet då det blir svårt att genomföra interventionen i praxis.

Förankring till teoretisk bakgrund

Återinsjuknandets dimensioner

I KASAM ingår tre huvudbegrepp; Begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Stress- och sårbarhetsmodellen talar om sårbarhetsfaktorer och stress i samverkan. Dessa teorier kan användas som hjälpmedel både för att förklara ett återinsjuknande, såväl som för att utforma vården av personer med schizofreni.

Båda teorierna talar om skyddande faktorer, eller låg sårbarhet, samt stressorer. Schizofreni som sjukdom är liksom ohälsa, eller disease, ett bakomliggande hot som är konstant närvarande, och lurar på den som är känslig. Den är definitionen av en sårbarhet. Stressorer gör att den sjuke förs mot disease på hälsokontinuumet, medan skyddande, eller salutogena faktorer, kan föra personen mot ease. Vi har funnit att skyddande faktorer kan vara följsamhet till medicinering, samt att en låg psykopatologi innebär en låg sårbarhet.

Stressorer som orsakar skov kan vara sådana som i sig bidrar till ett skov, och sådana som minskar den skyddande faktorn följsamhet, som till exempel bristande insikt, bristande delaktighet i beslutsfattande kring vården och en hög nivå av biverkningar. En bristande insikt i sjukdomen ger en låg hanterbarhet, då den sjuke inte vet vad det är hon skall hantera, samt en låg meningsfullhet i att ta mediciner, då hon inte förstår att hon är i behov av dem. Begriplighet behöver inte vara låg på grund av detta, då personer med schizofreni nästan alltid har sin egen förklaring på hur saker och ting ligger till, detta kan ses som att den sjuke desperat försöker finna hälsa genom begriplighet där det finns möjlighet att göra så.

Bristande delaktighet kan innebära både en låg nivå av begriplighet, då patienten inte är tillräckligt informerad, samt en låg hanterbarhet då denne inte får de verktyg som hon behöver för att hantera situationen, utan kastas vind för våg. Meningsfullheten kan också vara borta då patienten inte vet vad de olika åtgärderna syftar till. Mycket biverkningar kan bidra till en låg meningsfullhet med medicinering, då de upplevda nackdelarna överstiger de upplevda fördelarna. Även hanterbarheten kan vara dålig då biverkningarna gör livet svårt att leva. Begriplighet kan finnas kvar om patienten är informerad om varför hon får biverkningar.

Isolering och missbruk är två starka stressorer som i sig kan leda till ett skov. Isolering sammanfaller med en låg meningsfullhet; då den sjuke inte får sitt behov av sällskap uppfyllt vet hon inte vad hon skall med livet till. En låg hanterbarhet infinner sig även här, då den sjuke inte har närståenderesurser att ta hjälp av. Begripligheten försvinner allt eftersom psykoson kommer smygande. Missbruk kan vara ett desperat försök att uppnå meningsfullhet, att må bättre för stunden, och vi fann även att personer med schizofreni missbrukade för att uppnå större begriplighet och hanterbarhet i personernas egna livsvärldar.

Vad kan sjuksköterskan göra?

Något av dessa tidigare nämnda hälsofragment kan vara det sista som finns kvar av en människas hälsa, när de väl kommer i kontakt med vården. Människovasen kan sägas ha gått i kras. Sjuksköterskor kan verka som lim för att foga samman vasen igen, samt se till att människan förblir hel även efter utskrivning.

Det finns som vi sett i vår studie mycket förutom medicinering att göra för personer med schizofreni, och i detta görande är det viktigt att vi behåller en mänsklig form; Watson talar om den mellanmänskliga relationen mellan sjuksköterska och patient. En trygg och genuin relation bör etableras så snart det går, och aldrig svikas. Detta stämmer väl överens med våra fynd angående vikten av goda vårdrelationer och patientens delaktighet; Vårdaren skall se personen snarare än sjukdomen, och lyssna in dennes önskemål och bekräfta dessa för att behandlingen skall upplevas som meningsfull, begriplig och hanterbar för patienten. Om personen har en god relation till vården vågar denne söka hjälp i tid. Fokus bör ligga på förbättring av hälsa med målet att återvända till sitt forna jag så gott det går. Detta kan bli patientens hopp, som gör att meningsfullhet blir möjlig.

Psykoutbildning och KBT är en del i detta led, att patienten skall lära sig tänka rätt och positivt för att kunna acceptera sin situation och få ny kraft, till exempel för att stå ut med medicinens biverkningar, eller inse att ett missbruk inte är till gagn i längden. Sjuksköterskan fungerar enligt Watson även som en lärare, vilket stämmer väl överens med vad vi funnit. Sjuksköterskan kan utbilda patienten i sin sjukdom för att öka insikten och därmed begripligheten av världen. Sjuksköterskor kan som vi funnit även utbilda patienten i olika tekniker för att öka hanterbarheten av symtom och ge ökad känsla av kontroll för patienten, detta möjliggör egenvård, vilket Watson förespråkar. Utbildning kan främja patientens delaktighet och ansvar för sitt eget liv, vilket i sig leder till en starkare känsla av sammanhang, och därmed i sig även mindre risk för återinsjuknande. För att uppnå detta, säger Watson, är det viktigt att lyssna in både vad patienten vill, men även på sina egna känslor. Detta eftersom en medvetenhet om sig själv är utgångspunkten till att verkligen kunna lyssna på patienten, och på så sätt får sjuksköterskan en möjlighet att uppnå empati.

Kontakt med och hjälp från de närståendes sida kan mycket väl bidra till meningsfullhet och hanterbarhet för patienten. Det är som vi sett i vår studie viktigt att de närstående själva förstår sjukdomen och får redskap att hjälpa till, så att den sista livlinan till trygghet säkert fästs runt patientens liv, till exempel genom familjeterapi. Vi har funnit att ett ensamt liv i isolering kan lätt leda till ett insjuknande, och det är delvis därför det är så viktigt att de närstående är med. Sjuksköterskan kan även genomföra sociala utbildningar för detta ändamål.

Om vården gör allt det här rätt, finns det en god chans att patienten håller sig frisk och mår bra, och fortsätter ta sina mediciner. Sjuksköterskan måste förstå att det är en hel människa man vårdar och att olika åtgärder både tangerar och överlappar varandra. Att verka för helhet både i sin syn och för patienten är i detta fall lösningen, och vårt resultat antyder att man som sjuksköterska har bäst chans att lyckas om man använder sig av en bred strategi, då detta hjälper patienten på flest möjliga sätt. På så sätt kan man som sjuksköterska hjälpa patienten att inte återinsjukna vid schizofreni.

Vår studies styrka är att den har bidragit till en samlad kunskapsbild av både orsakerna till och motverkandet av återfall. Ett perspektiv på orsakerna till återinsjuknande har baserats i omvårdnadsforskning. Vi har även funnit evidens för att KASAM och Watsons omvårdnadsteori är användbara för att förstå insjuknande och tillfrisknande vid schizofreni. Svagheter kan sägas vara att en splittrad bild framkommit, att studien är för bred och borde ha inriktat sig mer specifikt mot någon av dessa fragment i det hela batteriet av förklaringar och åtgärder.

Förslag till vidare forskning

Vi fann ingen omvårdnadsforskning på vissa ämnen, trots att de är kända problem. Det kan bero på att det framför allt är den medicinska professionen som forskat kring detta. Alkohol, nikotin och koffein minskar effekten av neuroleptika, ett intag av dessa droger i stor mängd kan alltså orsaka ett skov (11). Sömn- och näringsbrist är andra vanliga anledningar till återfall. Expressed emotion är ett välkänt begrepp som belyser hur närstående inte bör göra vid kontakten med en person med schizofreni. Utsättningssmekmånad är ett begrepp som tas upp i litteraturen vi läste under arbetet med bakgrunden (31). I stort handlar det om att patienten oftast mår bra i någon månad efter att hon slutat ta sina mediciner, hon har varken psykotiska symtom eller biverkningar, och mår oftast mycket bra då den antipsykotiska effekten kvarstår. Dock är ett återfall på grund av oförljamsamhet med mediciner långsamt, och det kommer oftast till slut (11,31).

Ekonomi är en viktig faktor att tänka på när man som vårdgivare väljer vilka interventioner som skall implementeras i praxis. Även om en intervention är bra så genomförs den i regel bara om samhället sparar in pengar, eller om det finns en motivation av ökad hälsa i ett rimligt förhållande till insatsen. Bara en av våra artiklar tog upp frågan om kostnadseffektivitet, å andra sidan fann de att det var en mycket kostnadseffektiv intervention. Mer forskning med denna inriktning behövs. Vi skulle även gärna se mer svensk forskning, då mycket av vårdandet av personer med schizofreni sker i en specifik vårdkontext, och interventioner testade i Sverige är lättare att implementera här. Det kan också vara svårt att genomföra vissa stora interventioner rutinmässigt i praktiken, till exempel att frigöra personal för att de skall gå på en utbildning, och även dessa faktorer är kontextberoende.

Istället för att utesluta personer med missbruk, lång eller svår sjukdomshistoria och multidiagnoser ur urvalet när forskare gör en studie, borde de istället undersöka dessa variabler och ha med i tankarna när data analyseras. Då kan man både få en realistisk bredd på urvalet, samt se vilka typer av personer som bäst kan bli hjälpta av en intervention. Detta saknades i mycket av den litteratur vi fann.

Slutsats

Det finns ett helt spektrum av anledningar till varför ett återinsjuknande sker, och det finns ett ännu större spektrum av åtgärder för sjuksköterskan att genomföra. Vårt resultat antyder att Watsons omvårdnadsteori kan appliceras rakt på vad evidensbaserad forskning visar är den rätta vägen att gå vid omvårdnad av personer med schizofreni. Även KASAM kan användas för att underlätta för förståelsen av sjukdomen och dess mekanismer, samt behandling och omvårdnad. Som vi tidigare sett (15) bekräftas att KASAM är en användbar teori för att förutsäga hälsa hos personer med schizofreni.

Flertalet av de interventioner vi har funnit vara effektiva, används redan i verksamheten, som till exempel KBT och tidig upptäckt av återinsjuknande. Vissa används inte, som till exempel jämlikesrådgivning, denna typ av hjälp finns dock redan ute i samhället på sätt och vis i och med brukarorganisationer, där de som är i ett stabilt sjukdomsskede hjälper de som för närvarande har ett skov. Förhoppningsvis kommer fler vårdgivare att få upp ögonen för alternativa behandlingsstrategier och –filosofier, till exempel ökad kontakt med dessa brukarorganisationer och mer patientbestämmande.

Vi hoppas att denna litteraturstudie kan bidra till att framhålla sjuksköterskans användbarhet inte bara i slutenvården, utan även i utformandet och administrationen av öppenvårdens funktioner kring patient och närstående. Om det inte var klart innan, så borde det vara nu, att sjuksköterskan verkligen är spindeln i nätet som kan verka på ett flertal nivåer för att påverka vården med hälsoteorier, förespråka patientens intressen och autonomi, samt verka med en bred arsenal av omvårdnadsåtgärder.

REFERENSER

1. Nationalencyklopedin. Malmö: Nationalencyklopedin; 2007.
2. Beckman V. Sinnessjukhuset: bilder ur psykiatrins historia. Stockholm: Norstedt; 1984.
3. Goldner EM, Hsu L, Waraich P, Somers JM. Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry* 2002; 47(9):833–843.
4. Levander S, Adler H, Gefvert O, Tuninger E. Psykiatri, en orienterande översikt. Danmark: Studentlitteratur; 2006.
5. Socialstyrelsen. (2004) Statistik om hälsa, vårdutnyttjande, sociala förhållanden och socialtjänst. Diagnoser inom slutenvård.
http://www.socialstyrelsen.se/Statistik/statistik_amne/sluten_varld/index.htm (Senast tillgänglig 2008-09-03)
6. Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden PJ. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services* 2000; 51:216-222
7. Ajanki T. Vanvettets kurer - om schizofreni. Helsingborg: Boktryck AB; 1999.
8. Belfrage H, Fransson G. Swedish forensic psychiatry. A field in transition. *International Journal of Law Psychiatry* 2000; 23:501-514.
9. First M, Tasman A. DSM-IV-TR mental disorders: diagnosis, etiology and treatment. Chichester: Wiley; 2004.
10. Ottosson JO. Psykiatri. Stockholm: Liber; 2005.
11. Stuart GW, Laraia MT. Principles and practice of psychiatric nursing. 8th ed. Missouri: Mosby; 2005.
12. Gray R, Wykes T, Gournay K. From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing* 2002; 9(3):277-284.
13. Zubin J, Spring B. Vulnerability - A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 1977; 86(2):103-126.
14. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och kultur; 2005.
15. Bengtsson-Tops A, Hansson L. The validity of Antonovsky's sense of coherence measure in a sample of schizophrenic patients living in the community. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 13:432 – 438.
16. Sjöström N, Hetta J, Waern M. Sense of coherence and suicidality in suicide attempters; 2008. (Preliminary manuscript)
17. Watson J. The philosophy and science of caring. United States of America: Little, Brown and Company; 1979.
18. DeNiro DA. Perceived alienation in individuals with residual-type schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing* 1995; 16(3):185-200.
19. MacPherson R, Jerrom B, Hughes A. Drug refusal among schizophrenic patients treated in the community. *Journal of Mental Health* 1997; 6(2):141-147.
20. Mulaik JS. Noncompliance with medication regimens in severely and persistently mentally ill schizophrenic patients. *Issues in Mental Health Nursing* 1992; 13(3):219-237.
21. Costain WF. The effects of cannabis abuse on the symptoms of schizophrenia: patient perspectives. *International Journal of Mental Health Nursing* 2008; 17(4):227-235.

22. Bunn MH, O'Connor AM, Tansey MS, Jones BDW, Stinson LE. Characteristics of clients with schizophrenia who express certainty or uncertainty about continuing treatment with depot neuroleptic medication. *Archives of Psychiatric Nursing* 1997; 11(5):238-248.
23. England M. Efficacy of cognitive nursing intervention for voice hearing. *Perspectives in Psychiatric Care* 2007; 43(2):69-76.
24. Van Meijel B, Van Der Gaag M, Kahn RS, Grypdonck M. The practice of early recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study, Part 2. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2002; 9:357-363.
25. Chien WT, Chan S, Morrissey J, Thompson D. Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 51(6):595-608.
26. O'Toole M, Ohlsen R, Taylor T, Purvis R., Walters J, Polowsky L. Treating first episode psychosis – the service users' perspective: a focus group evaluation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2004; 11:319–326.
27. Van Meijel B, Kruitwagen C, Van der Gaag M, Kahn RS, Grypdonck MH. An intervention study to prevent relapse in patients with schizophrenia. *Journal of Nursing Scholarship* 2006; 38(1):42-49.
28. Rummel-Kluge C, Stiegler-Kotzor M, Schwarz C, Hansen WP, Kissling W. Peer-counseling in schizophrenia: patients consult patients. *Patient Education Counselling* 2008; 70(3):357-362.
29. Turkington D, Kingdon D, Rathod S, Hammond K, Pelton J, Mehta R. Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 2006; 189:36-40.
30. Norman I, Chien WT. Educational needs of families caring for Chinese patients with schizophrenia. *Journal of Advanced nursing* 2003; 44(5):490-498.
31. Rydin D. Schizofreni och psykosvård: en bok för anhöriga, patienter och andra berörda om schizofreni och andra psykoser och om den psykiatriska rehabiliteringen

BILAGA 1 - Artikelpresentation

Referensnummer: 12

Författare: Gray R, Wykes T, Gournay K.

Titel: From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication.

Tidskrift: Journal of Psychiatric Mental Health Nursing

År: 2002

Land: England

Syfte: Syftet var att finna vad man kan göra för att öka följsamheten hos patienter med schizofreni.

Metod: Litteraturstudie

Urval: Anges ej.

Antal referenser: 53

Referensnummer: 18

Författare: DeNiro DA

Titel: Perceived alienation in individuals with residual-type schizophrenia.

Tidskrift: Issues in Mental Health Nursing

År: 1995

Land: USA

Syfte: Att undersöka erfarenheterna av isolering hos patienter med schizofrenidiagnos.

Metod: Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer som fokuserade på relationer med samhälle och andra människor.

Urval: 20 individer med residualtyp av schizofreni på en schizofreniavdelning tillfrågades.

Antal referenser: 23

Referensnummer: 19

Författare: MacPherson R, Jerrom B, Hughes A

Titel: Drug refusal among schizophrenic patients treated in the community.

Tidskrift: Journal of Mental Health

År: 1997

Land: England

Syfte: Vilka faktorer som inverkar på patientens följsamhet.

Metod: Kvalitativ/kvantitativ metod med semistrukturerade intervjuer och instrument som mätte symtom (PANSS) insikt (SAI), mentala tillstånd (MMS), IQ och läsförståelse (NART), förståelse av medicinering (UMQ).

Urval: Studien var en del av en större undersökning om effekten av patientutbildning i kronisk schizofreni. 54 patienter med schizofrenidiagnos enligt DSM-III-R. Patienter som använde sig av case register i Bristol.

Antal referenser: 20

Referensnummer: 20

Författare: Mulaik JS

Titel: Noncompliance with medication regimens in severely and persistently mentally ill schizophrenic patients.

Tidskrift: Issues in Mental Health Nursing

År: 1992

Land: USA

Syfte: Syftet var att finna vilka faktorer som påverkar oföljsamhet hos personer med schizofreni.

Metod: Kvalitativ metod med strukturerade intervjuer av patienter, familjemedlemmar och sjuksköterskor.

Urval: 11 patienter på en avdelning som hade isolerat sig och haft återfall.

Antal referenser: 20

Referensnummer: 21

Författare: Costain WF.

Titel: The effects of cannabis abuse on the symptoms of schizophrenia: patient perspectives.

Tidskrift: International Journal of Mental Health Nursing

År: 2008

Land: Australien

Syfte: Syftet med studien var att se patienters perspektiv av hur cannabis påverkar schizofrena symtom.

Metod: Kvalitativ. Intervju användes. Fenomenologisk analys.

Urval: Bekvämlighetsurval från en klinik. Personerna skulle ha schizofreni och cannabismissbruk.

Antal referenser: 25

Referensnummer: 22

Författare: Bunn MH, O'Connor AM, Tansey MS, Jones BDW, Stinson LE

Titel: Characteristics of clients with schizophrenia who express certainty or uncertainty about continuing treatment with depot neuroleptic medication.

Tidskrift: Archives of Psychiatric Nursing

År: 1997

Land: Kanada

Syfte: Syftet var att hitta de drag som är typiska hos patienter med schizofrenidiagnos som visar osäkerhet i att vilja fortsätta medicinering med depåneuroleptika.

Metod: Kvantitativ explorativ studie. Patienter som deltog fick först utbildning om risker med återfall och fördelar med medicinering. Grader av beslutskonflikt, verkan och känslomässigt stöd, liksom förväntningar på risk och fördelar av behandlingen mättes och jämfördes.

Urval: Bekvämlighetsurval; Patienter med schizofrenidiagnos från en från en tertiär schizofreniavdelning i Ottawa tillfrågades ifall de ville delta. 94 svarade ja.

Antal referenser: 58

Referensnummer: 23
Författare: England M
Titel: Efficacy of cognitive nursing intervention for voice hearing
Tidskrift: Perspectives in Psychiatric Care
År: 2007

Land: Kanada

Syfte: Jämföra vanlig psykiatrisk vård med kognitiva interventioner och se om kognitiva interventioner tillsammans med vanlig vård ledde till förbättrad självförtroende och minskade psykiska symtom hos patienter med schizofrenidiagnos.

Metod: Kvantitativ metod. RCT. Forskarna jämförde KBT-intervention med en kontrollgrupp. Självförtroende och förbättringar i symtom mättes hos personerna i studien.

Urval: 70 personer med schizofreni anmälde sig frivilligt via en klinik. Deltagarna skulle förstå och kunna prata engelska, ha en schizofrenidiagnos enligt DSM-IV, ha haft negativa hörselhallucinationer senaste 6 månaderna, ha varit följsamma till ordinerade mediciner minst 80 % av tiden. Patienterna skulle kunna ge medgivande till undersökningen för att kunna delta.

Antal referenser: 25

Referensnummer: 24

Författare: Van Meijel B, Van Der Gaag M, Kahn RS, Grypdonck M

Titel: The practice of early recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study. Part 2.

Tidskrift: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing

År: 2002

Land: Nederländerna

Syfte: Att beskriva vilka fördelar och effekter användningen av tidiga interventioner kan leda till.

Metod: Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer utfördes på patienter, anhöriga och vårdpersonal.

Urval: Patienterna skulle ha en schizofrenidiagnos, inte ha några pågående symtom, kunna uttrycka sig adekvat, använt sig av tidiga interventioner. Patienterna valdes ut med hjälp av en expert på tidiga interventioner.

Antal referenser: 36

Referensnummer: 25

Författare: Chien WT, Chan S, Morrissey J, Thompson D.

Titel: Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia.

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing

År: 2005

Land: Hong Kong

Syfte: Syftet var att jämföra interventioners effektivitet.

Metod: Kvantitativ. RCT. Man mätte socioekonomisk status samt MANOVA, som användes för att mäta patientens funktionsnivå.

Urval: De anhöriga skulle bo tillsammans med en släkting med schizofreni, sjukdomen skulle ha funnits i högst 3 år och inga andra psykiska sjukdomar fick förekomma.

De anhöriga skulle vara minst 18 år samt kunna läsa och förstå kinesiska.

De exkluderades om de själva led av en psykisk sjukdom, om de tog hand om mer än 1 psykiskt sjuk anhörig, eller om de inte tagit hand om personen i mer än 3 månader.

Obundet slumpmässigt urval användes.
Antal referenser: 80

Referensnummer: 26

Författare: O'Toole M, Ohlsen R, Taylor T, Purvis R., Walters J, Polowsky L

Titel: Treating first episode psychosis – the service users' perspective: a focus group evaluation

Tidskrift: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing

År: 2004

Land: England

Syfte: Undersöka vårdtagarnas erfarenheter av FIRST, en förstagångsintervention, som var designad enligt evidensbaserad vård.

Metod: Kvalitativ metod med intervjuer i fokusgrupper. Intervjuerna analyserades för att få reda på negativa och positiva synpunkter om FIRST.

Urval: Personer som använde sig av FIRST och hade en schizofrenidiagnos enligt WHO. 12 personer av alla 29 på enheten som godkände ett medverkande deltog.

Antal referenser: 26

Referensnummer: 27

Författare: van Meijel B, Kruitwagen C, van der Gaag M, Kahn RS, Grypdonck MH.

Titel: An intervention study to prevent relapse in patients with schizophrenia.

Tidskrift: Journal of Nursing Scholarship

År: 2006

Land: Nederländerna

Syfte: Syftet var att undersöka om en intervention för att upptäcka tidiga symtom på psykos kunde förbättra återfallsincidensen.

Metod: Kvantitativ. Återfall definierades som att en viss grad av symtom återkom under en period av minst en vecka. CGI, PANSS och CASH användes för att mäta patienternas funktionsnivå.

Urval: Obundet slumpmässigt urval från tre olika kliniker användes. Deltagarna skulle ha schizofreni, vara tillräckligt stabila för att kunna medverka till att utforma återfallsminskningsplanen, vilket bedömdes genom att de inte fick ha högre än 4 poäng på något av PANSS-skalans värden. Om patienten vårdades i öppenvård skulle de minst ha kontakt med mottagning varannan vecka. Sjuksköterskorna hade som kriterie att de skulle kunna ansvara för helhetsvården av en person med schizofreni.

Exklusionskriterier: Om personer var mentalt retarderade eller hade en organisk hjärnskada, samt om missbruk eller allvarliga samarbetsproblem förelåg. Även om man tidigare medverkat i liknande forskningsinterventioner så exkluderades man.

Antal referenser: 33

Referensnummer: 28

Författare: Rummel-Kluge C, Stiegler-Kotzor M, Schwarz C, Hansen WP, Kissling W.

Titel: Peer-counseling in schizophrenia: Patients consult patients.

Tidskrift: Patient Education and Counseling

År: 2008

Land: Tyskland

Syfte: Syftet med studien var att utvärdera om peer-counseling kan hjälpa personer med schizofreni.

Metod: Kvantitativ/Kvalitativ. Man undersökte vad deltagarna tyckte om rådgivningen med ett STEPP-frågeformulär. Vad rådgivaren tyckte mättes också och denne i sin tur övervakades av en psykiatriker.

Urval: Alla patienter som gick på en specialiserad öppenvårdsmottagning på ett universitetssjukhus. Man använde alltså ett bekvämlighetsurval.

Antal referenser: 32

Referensnummer: 29

Författare: Turkington D, Kingdon D, Rathod S, Hammond K, Pelton J, Mehta R.

Titel: Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia.

Tidskrift: British Journal of Psychiatry

År: 2006

Land: England

Syfte: Syftet var att undersöka om korttids-kbt ger kliniskt försvarbara resultat relaterat till återfrisknande, symtombörda och återinläggning på sjukhus vid 1-års uppföljningen.

Metod: Kvantitativ/Kvalitativ. Man mätte dels hur mycket av kbt-teknik som sjuksköterskorna använde i samtalen. Sedan mätte man symptom, insikt, depression med CPRS, IRS, PSYRATS och NSRS man såg även på återfallsrisk.

Urval: Inklusionskriterier var alla personer med schizofreni från 6 olika orter i England. Exklusionskriterier var om patienten höll på att få ett återfall, om de hade en primär missbruksdiagnos eller hjärnskador, eller om de gick på mindre än 3 kbt-möten. Stratifierat urval användes.

Antal referenser: 26

Referensnummer: 30

Författare: Norman, Ian. Chien, W.

Titel: Educational needs of families caring for chinese patients with schizophrenia.

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing

År: 2003

Land: Hong Kong

Syfte: Syftet med studien var att mäta utbildningsbehov hos anhöriga till personer med schizofreni som vårdades i Hongkongs öppenvård.

Metod: Kvantitativ. ENQ (Educational needs questionnaire) användes i modifierad kinesisk version.

Urval: Obundet slumpmässigt urval. Representativt urval: 25 % av totala personer med schizofreni i Hong kong.

Antal referenser: 50
