

Bedömning i samverkan
– en väg till remission vid schizofreni

Maivor Olsson-Tall

Institutionen för Medicin
Avdelningen för samhällsmedicin
och folkhälsa
Enheten för allmänmedicin
Sahlgrenska akademien
Göteborgs universitet

Göteborg, Sverige, 2019



Omslagsbilden symboliserar ”en väg till remission”.
Skräckleparken i Vänersborg.
Foto: Alexander Olsson-Tall

© Maivor Olsson-Tall 2019
maivor.olsson-tall@vgregion.se

ISBN 978-91-7833-642-5 (TRYCK)
ISBN 978-91-7833-643-2 (PDF)
<http://hdl.handle.net/2077/60803>

Tryckt i Göteborg, Sverige 2019
Tryckt av BrandFactory AB

Till Leif - min älskade make och livskamrat

”Vad vore jag, utan dina andetag ...”

(H.J. Berg, 1997)



GÖTEBORGS
UNIVERSITET



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

Collaborative assessment - a path to remission in schizophrenia

Maivor Olsson-Tall

Department of Public Health and Community Medicine,
Institute of Medicine, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg,
Gothenburg, Sweden

ABSTRACT

Background: The process from assessment of symptoms and function to various efforts in psychiatric outpatient care is still a "black box". Our knowledge of the connection between processes in care and the patient's status is limited. This dissertation studies the importance of thoughtful assessments, treatments and collaboration in the care of patients with schizophrenia. One point of view is that the first step in the chain; the assessment, can fulfill a larger and more important function than previously demonstrated. The main subjects in the thesis are the patient and their Case Manager.

Purpose: The overall purpose was to investigate the process from assessment to collaboration with patients and healthcare professionals in the psychiatric outpatient care. The objective was to illustrate specialist nurses' experiences of coordinated care planning in outpatient care (I); to examine how self-assessments of perceived disorders and quality of life in patients with schizophrenia, co-varied with the nurse's assessments of symptoms, function and life situation (II); investigate if repeated annual semi-structured interviews, including self-assessments of patients with schizophrenia, will reduce differences in assessments between patients and their Case Managers (III); to identify Case Manager's perception of factors that promote remission in patients with schizophrenia (IV).

Method: The thesis consists of four sub-projects, of which two studies are qualitative (I and IV) and two are quantitative (II and III). In Study I, interview data was collected through focus groups and in Study IV individual interviews were conducted. Data were analyzed with inductive (I) and abductive (IV) qualitative content analysis. Data collection in studies II and III were conducted through self-estimates, semi-structured interviews and assessments using evidence-based estimation tools. Data were analyzed with descriptive and relationship-seeking statistics in the form of correlations and regressions (stepwise).

Results: The thesis points out the value of continuity in care and treatment and the importance of collaboration between patients and care professionals. The result shows that repeated semi-structured assessments increase the co-variation between patients and CM. The result highlights several success factors that are considered to contribute to a functioning collaboration with the patient. A tentative conclusion is that the methodology surrounding the measurements and the dialogue between CM and patient favors this collaboration and that the patient's ability to achieve remission increases. Only then, the necessary treatment efforts can be ensured, provided that the management contributes with adequate support and resources.

Conclusion: The thesis highlights the importance of repeated assessments of current status, symptoms and function in patients with schizophrenia as a basis for communication and collaboration between the patient and the healthcare team, as well as a possible path to remission.

Keywords: Assessment, Case Manager, Communication, Content analysis, Coordinated care planning, Examination procedures, Focus group, Outpatient care, Remission, Schizophrenia, Teamwork.

ISBN 978-91-7833-642-5 (PRINT)

ISBN 978-91-7833-643-2 (PDF)

<http://hdl.handle.net/2077/60803>

SAMMANFATTNING PÅ SVENSKA

Bakgrund: Processen från bedömning av symtom och funktion till olika insatser inom psykiatrisk öppenvård är fortfarande en ”svart låda”. Vår kunskap om sambandet mellan processer i vården och patientens status är begränsad. Denna avhandling studerar betydelsen av genomtänkta bedömningar, behandlingsinsatser och samverkan i vården av patienter med schizofreni. En utgångspunkt är att första steget i kedjan, bedömningen, kan fylla en större och viktigare funktion än vad som tidigare påvisats. Huvudpersonerna i avhandlingen är patienten och dennes Case Manager.

Syfte: Det övergripande syftet var att undersöka processen från bedömning till samverkan med patient och vårdpersonal i den psykiatriska öppenvården. Delsyftena var att belysa specialist-sjuksköterskors erfarenheter av samordnad vårdplanering i öppen vård (I); att undersöka hur självskattningar av upplevda besvär och livskvalitet hos patienter med schizofreni, samvarierade med sjuksköterskans bedömningar av symtom, funktion och livssituation (II); att undersöka om upprepade årliga semi-strukturerade intervjuer, inklusive självskattningar av patienter med schizofreni, minskar skillnader i bedömningar mellan patienter och deras Case Managers (III); att identifiera Case Managers uppfattning om faktorer som främjar remission hos patienter med schizofreni (IV).

Metod: Avhandlingen består av fyra delarbeten, varav två studier är kvalitativa (I och IV) och två är kvantitativa (II och III). I studie I samlades intervjudata genom fokusgrupper och i studie IV genomfördes individuella intervjuer. Data analyserades med induktiv (I) och abduktiv (IV) kvalitativ innehållsanalys. Datainsamling i studie II och III genomfördes genom självskattningar, semi-strukturerade intervjuer och bedömningar med evidensbaserade skattningsinstrument. Data analyserades med deskriptiv och sambandsökande statistik i form av korrelationer och regressioner (stepwise).

Resultat: Avhandlingen pekar på värdet av kontinuitet i behandlingsarbetet i betydelsen av samverkan mellan patienter och medarbetare i vården. Resultatet visar att när upprepade skattningar med semi-strukturerade bedömningssamtal genomförs, ökar samvariationen mellan patienter och CM. Resultatet lyfter fram ett antal framgångsfaktorer som anses bidra till en fungerande samverkan med patienten. En tentativ slutsats är att metodiken runt mätningarna och dialogen mellan CM och patient gynnar denna samverkan och att patientens möjlighet att uppnå remission ökar. Först då kan nödvändiga behandlingsinsatser säkerställas, förutsatt att ledningen bidrar med adekvat stöd och resurser.

Slutsats: Avhandlingen belyser vikten av upprepade bedömningar av aktuell status, symtom och funktion hos patienter med schizofreni som grund för kommunikation och samarbete mellan patienten och sjukvårdsteamet, samt en möjlig väg till remission.

Nyckelord: Bedömning, Case Manager, Fokusgrupp, Innehållsanalys, Kommunikation, Remission, Samordnad vårdplanering, Schizofreni, Teamwork, Undersökningsprocedur, Öppenvård.

DELSTUDIER

Denna avhandling är baserad på följande delstudier och refereras hädanefter med deras respektive romerska siffror.

- I. Olsson, M, Larsson L.G, Flensner, G & Bäck-Pettersson, S. (2012). The impact of concordant communication in outpatient care planning – nurses' perspective. *Journal of Nursing Management*, 20(6), 748-757. <https://doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01479.x>
- II. Olsson M, Carlström E, Marklund B, Helldin L & Hjärthag F. (2015). Assessment of Distress and Quality of Life: A Comparison of Self-Assessments by Outpatients with a Schizopsychotic Illness and the Clinical Judgment of Nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 284-289. <https://doi:10.1016/j.apnu.2015.05.001>
- III. Olsson-Tall, M., Hjärthag, F., Marklund, B., Kylén, S., Carlström, E. & Helldin, L. (2019). The Impact of Repeated Assessments by Patients and Professionals: A 4-Year Follow-Up of a Population with Schizophrenia. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 25(3), 189-199. <https://doi:10.1177/1078390318777785>
- IV. Olsson-Tall, M., Marklund, B., Kylén, S., Carlström, E., Helldin, L. & Bäck-Pettersson, S. (2019). Factors That Promote Remission in Individuals with Schizophrenia. *Open Journal of Nursing*, 9(9), 935-950. <https://doi.org/10.4236/ojn.2019.99070>

Doktorandens delaktighet i respektive studie:

- I. Förste och korresponderande författare.
Ansvarat för planering, datainsamling, analysarbete och skrivande av manuskript tillsammans med andre författaren.
- II. Förste och korresponderande författare.
Ansvarat för planering, datainsamling, analysarbete och skrivande av manuskript.
- III. Förste och korresponderande författare.
Ansvarat för planering, datainsamling, analysarbete och skrivande av manuskript.
- IV. Förste och korresponderande författare.
Ansvarat för planering, datainsamling, analysarbete och skrivande av manuskript.

Tabell 1. Översikt över doktorandens bidrag i de artiklar som ingår i avhandlingen.

Studie	Uppslag	Litteratursök & inläsning	Design	Datainsamling	Analys	Manusförfattande
I	EE	EE	EE	EE	EE	EE
II	ME	ME	ME	ME	ME	ME
III	ME	ME	ME	ME	ME	ME
IV	ME	ME	ME	ME	ME	ME

- ME = Main effort: doktoranden är den som haft det huvudsakliga ansvaret.
- EE = Equal effort: ansvaret delas lika med minst en annan författare.
- CE = Contributing effort: doktoranden har inte haft samma ansvar som ovan.

INNEHÅLL

ABSTRACT.....	9
SAMMANFATTNING PÅ SVENSKA	24
DELSTUDIER	26
INNEHÅLL	28
FÖRKORTNINGAR	29
DEFINITIONER I KORTHET	31
FÖRORD	33
1 INTRODUKTION	35
2 BAKGRUND	36
3 TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	50
4 PROBLEMFÖRMULERING	54
5 SYFTE.....	55
6 MATERIAL OCH METODER.....	56
7 ETISKA ÖVERVÄGANDEN	71
8 RESULTAT	74
9 GENERELL DISKUSSION	86
10 METODOLOGISKA ÖVERVÄGANDEN OCH BEGRÄNSNINGAR	100
11 SLUTSATSER	104
12 IMPLIKATIONER	106
13 FORTSATT FORSKNING.....	109
TACK.....	110
REFERENSER	116
DELSTUDIE I-IV	FEL! BOKMÄRKET ÄR INTE DEFINIERAT.

FÖRKORTNINGAR

CM	Case Manager
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), klassificeringsmanual för att diagnostisera och klassificera psykiska störningar med den senaste utgåvan nummer 5.
GAF	Global Assessment of Functioning Scale, skattnings-skala för bedömning av aktuellt tillstånd av symtom och funktion, som beskriver patientens mentala, sociala och funktionella förmåga.
GQL	Global Quality of Life Scale, VAS-skala för självskattning av livskvalitet.
ICD-11	International Classification of Diseases (ICD), internationell och nationell klassificering av hälsostatistik, identifiering av hälsotrender och för rapportering av hälsotillstånd och sjukdomar med den senaste utgåvan nummer 11.
ICF	The International Classification of Functioning, Disability and Health, internationell klassificering av hälsa, funktion och funktionshinder, på både individ- och befolkningsnivå.
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale, skattnings-instrument för skattning av psykossymtom.
PGD	Perceived Global Distress Scale, VAS-skala för självskattning av upplevda besvär.
R-I	Rosser Index scale, skattningsinstrument för skattning av psykiska besvär.
RS-S	Remission Schizophrenia – Symptom, skattnings-instrument för bedömning av i vilken utsträckning symtom påverkar funktionen.

- S-C Strauss–Carpenter Scale (Modified Version), skattningsinstrument för bedömning av livssituationen; aktuellt boende, sociala kontakter, arbetsförmåga, antal dagar i skyddat boende och på sjukhus under det senaste året.
- SCI-PANSS Structured Clinical Interview for the Positive and Negative Syndrome Scale, semi-strukturerad intervju-guide till skattningsinstrumentet PANSS.
- SF-36 The Short Form 36 Health Status Survey, hälsoenkät om åtta olika faktorer.
- VAS Visual Analoge Scale/Visuell Analog Skala för självskanning av exempelvis psykiska besvär eller livskvalitet.
- WHODAS WHO's utveckling skattningsinstrumentet Disability Assessment Schedule, för bedömning av funktions-svårigheter.

DEFINITIONER I KORTHET

Allmänna psykossymtom	Allmänna psykossymtom är symtom som även kan förekomma vid andra sjukdomar. Exempel på sådana symtom är ångest, depression, desorientering, nedsatt förmåga att vara närvarande, bristande omdöme och insikt. (Andreasen & Olsen, 1982)
Case Manager	En fast vårdkontakt som har huvudansvaret för kontakter, att göra korrekta bedömningar och för att tillgodose patientens behov av att uppnå, bibehålla och förbättra sin hälsa och livssituation. (Burns et al. 2007)
Negativa psykossymtom	Negativa symtom innebär avsaknad av funktioner som andra har, exempelvis brist på spontanitet, självförsjunkhet passiv/ apatisk och svårigheter att fatta beslut. (www.kunskapsguiden.se)
Positiva psykossymtom	Positiva symtom innebär ett tillägg av symtom som befolkningen i allmänhet inte uppvisar exempelvis hallucinationer, att höra röster som ingen annan hör eller vanföreställningar, att tro sig vara förföljd. (www.kunskapsguiden.se)
Primärvård	Hälsa- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdom, ålder eller patientgrupp svarar för

befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser. (www.termbank.socialstyrelsen.se)

Slutenvård

Hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppenvård eller hemsjukvård. (www.termbank.socialstyrelsen.se)

Undvikbar slutenvård

Indikatorn utgår från antagandet att det går att förebygga och därmed minska antalet inläggningar för patienter med sjukdomstillstånd som ingår i indikatorn. Minskningen kan ske om patienten får en samordnad och optimal vård. (Socialstyrelsen, 2014-2-12)

Öppenvård

Hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd medger att aktuell vårdinsats förväntas kunna avslutas inom ett begränsat antal timmar. (www.termbank.socialstyrelsen.se)

FÖRORD

Mitt forskningsintresse väcktes redan då jag arbetade som sjuksköterska inom psykiatrisk akutsjukvård, psykosvård och psykosrehabilitering, i öppen och sluten vård.

Denna avhandling studerar delar av CLIPS-projektet - Clinical Longterm Investigation of Psychosis in Sweden. Projektet syftar till att få mer kunskap om hur det är att leva med en psykosjukdom och genomförs inom den psykiatriska öppenvården i västra Sverige sedan år 2000, vilket innebär att semi-strukturerade intervjuer och bedömningar av symtom, funktion och remission har genomförts under snart 20 års tid.

Mina erfarenheter av remissionsskattning ledde till ett nationellt uppdrag från Svenska remissionsgruppen, som innebar att utforma och introducera ett utbildningsprogram för remissionsskattning i Sverige.

Patienternas ansvariga sjuksköterskor/Case Managers (CM) genomgick en specifik internutbildning för att korrekt och samstämmt kunna genomföra årliga skattningar av symtom, funktion och remission, så att patienterna får samma grundliga bedömning, oavsett vilken öppenvårdsmottagning de besöker.

Under denna utbildning uttryckte en CM sin frustration över att det framkom många uppgifter om olika besvär och svårigheter patienterna hade och som behövde åtgärdas utan att CM hade resurser att själv kunna genomföra dessa. Denna kommentar berörde mig djupt och jag insåg vikten av att studera denna problematik, så att patienter med schizofreni ska få optimalt stöd i form av de vårdinsatser de har behov av.

Min önskan är att denna avhandling ska förmedla hopp och ge vägledning till alla som på något vis är berörda av att leva med, eller arbeta med den som har, sjukdomen schizofreni.

”En sjukdom kan beröva oss förmågan att vara den man var skapad till, men varje människa har ett unikt värde, oavsett sjukdom eller inte. Det finns få saker i livet som är så vackert - som att få se en människa blomma ut!” (Annakarin Steen, 2019)

Oavsett om du har sjukdomen, eller är närstående, oavsett vilken profession eller organisation du representerar, är det min förhoppning att avhandlingen ska inspirera och användas så att livet förbättras för den som har sjukdomen schizofreni. Alla människor har rätt att få blomma ut!

Vänersborg, september 2019

Maivor Olsson-Tall



Foto: Alexander Olsson-Tall

1 INTRODUCTION

Bedömning, klassificering, diagnostisering och behandling av patienter med psykossjukdom, har genomgått en revolutionerande utveckling de senaste 70 åren. Även synen på psykisk hälsa, sjukdom, symtom och behandling har förändrats radikalt och har påverkat psykosvårdens organisation och genomförande. Trots ökad kunskap är emellertid bedömning av symtom och funktion hos patienter med psykossjukdom fortfarande en komplicerad process.

I denna avhandling behandlas bedömning, samverkan, behandlingsinsats och den enskilde individens tillstånd vid schizofreni som en integrerad process i psykiatrisk öppenvård. Det innebär att varje aktivitet som genomförs tillsammans med patienten, från bedömning till utvärdering har potentiella effekter på den enskildes hälsotillstånd och möjlighet att uppnå remission.

En av utgångspunkterna är att samverkan kring bedömningen brister. Denna avhandling behandlar frågan om det med hjälp av strukturerade bedömningsinstrument är möjligt att identifiera och bedöma vårdåtgärder, som har en gynnsam effekt på såväl sjukdomsförlopp som funktionen hos patienter med schizofreni.

2 BAKGRUND

Psykisk hälsa beskrivs som en upplevelse av välbefinnande, att må bra i sig själv, tillsammans med andra människor och i det samhälle man lever. Psykisk hälsa innebär inte enbart frånvaro av sjukdom, men ett nedsatt psykiskt välbefinnande kan vara tecken på psykisk ohälsa (Folkhälsomyndigheten, 2019). Psykisk ohälsa är idag den största anledningen till varför personer är långtidssjukskrivna, hela 40 % av alla som sjukskriver sig lider av psykiska besvär (Socialstyrelsen, 2019). Kännetecknande för all psykisk ohälsa är att den påverkar välbefinnandet och individens funktionsförmåga (Naidoo & Wills, 2000). Begreppet psykisk ohälsa används för att beskriva upplevelser av nedstämdhet, depression, psykisk funktionsnedsättning och psykisk sjukdom.

2.1 Psykisk sjukdom

Synen på psykisk sjukdom har genom tiderna förändrats från att tidigare ha bedömts utifrån moraliska och religiösa föreställningar, till att det medicinska synsättet började utvecklas under 1700-talet (Beer, 1996). Begreppet "psykos" myntades av den österrikiske läkaren, Ernst von Feuchtersleben år 1845, för benämning av en svår mentalsjukdom med psykiska orsaker. Begreppet schizofreni myntades i början av förra sekelskiftet av den schweiziska läkaren Eugen Bleuler utifrån grekiska skhizein (to split) och phrên (mind). Schizofreni är egentligen ett samlingsnamn för flera tillstånd (Bleuler, 1930); Bleuler & Bleuler, 1986; Janoutová, Janáčková, Šerý, Zeman, Ambroz, Kovalová, Vařechová, Hosák, Jiřík & Janout, 2016). Begreppen är desamma idag, men på senare tid har nya begrepp som schizopsykotisk sjukdom och schizofrenispektrum börjat användas i sammanhanget.

2.2 Schizofrenispektrum - omfattning, förekomst och prevalens

Schizofrenispektrum omfattar, enligt klassificeringssystemet Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), schizofreni, vanföreställningssyndrom, schizoaffektiva syndrom och kortvarigare psykotiska tillstånd (American Psychiatric Association, 2013). I avhandlingen kommer dessa fortsättningsvis att benämnas som schizofreni.

Schizofreni är en komplex och allvarlig psykisk sjukdom. Globalt uppskattar man att cirka 25 miljoner människor lider av sjukdomen, som betraktas som den allvarligaste formen av psykosjukdom. Förekomsten av schizofreni ligger på liknande nivåer i alla länder och kulturer, cirka 0,3-0,7 % av totalbefolkningen. Antalet individer som drabbas av psykisk ohälsa liksom förekomst av drogrelaterade sjukdomar har ökat på senare år, trots det ligger antalet som drabbats av schizofreni konstant över tid och i olika delar av världen (Piccenelli & Gomez Homen, 1997; Socialstyrelsen, 2003a; Saha et al., 2005; WHO, 2013).

Risken att insjukna i schizofreni under en livstid, är cirka 1 % och den hör till de mest svårbehandlade sjukdomarna. Fördelningen av personer med schizofreni mellan könen är förhållandevis jämn (Arango, McMahon, Lefkowitz, Pearlson, Korkpatric & Buchanan, 2008). För män är sjukdomsdebuten tydligare och sker vanligtvis vid 15–25 års ålder, till skillnad mot kvinnor vars sjukdomsdebut vanligtvis sker i 15-29 årsåldern (Häfner, Riecher-Rössler, an der Heiden, Maurer, Fatkenheuer & Löffler, 1993; Häfner, 2015). Hos kvinnor kan sjukdomen även debutera vid menopausen. En hypotes är att östrogen har en skyddande effekt (Riecher-Rössler, Löffler & Munk-Jørgensen, 1997; Cohen, Seeman, Gotowiec & Kopala, 1999; Riecher-Rössler, 2017).

Världshälsoorganisationen (WHO) har klassat schizofreni som en bland av de tio mest funktionshinderande sjukdomarna. Detta då den främst drabbar unga individer, är livslång, gör det svårt att leva ett

normalt liv i samhället på grund av betydande hälsobesvär samt de sociala och ekonomiska problem som följer med sjukdomen (WHO, 2018; American Psychiatric Association, 2019). Totalkostnaden, direkt och indirekt uppgick år 2010 till 62 500 euro per patient och år (Hjortsberg, Helldin, Hjärthag och Löthgren, 2011). I Sverige beräknas 30 000–40 000 personer vara i behov av vård på grund av psykosjukdom (SOU 2006:100).

2.2.1 Orsaker

Orsaker bakom schizofreni är fortfarande inte helt kända, men ärftlighet anses vara den största riskfaktorn (Hilker, Helenius, Fagerlund, Skytthe, Christensen, Werge, Nordentoft & Glenthøj, 2018; Lichtenstein, Yip, Björk, Pawitan, Cannon, Sullivan & Hultman, 2009). Förutom den påverkan som gener och hjärnans signalsubstanser har, finns det miljöfaktorer som ökar risken för att insjukna i schizofreni, exempelvis virusinfektion eller svält under graviditeten, komplikationer i samband med förlossning eller användande av droger. Stora påfrestningar i livet, som social utsatthet och migration är andra riskfaktorer som kan utlösa sjukdomen (Brown & Derkits, 2010; Howes, McCutcheon & Stone, 2015). Även om sjukdomen i nuläget varken kan förebyggas eller botas, pågår forskning för att få större insikt i mekanismerna bakom sjukdomsutvecklingen och därmed till nya och säkrare behandlingsmetoder. Individuella gener, hjärnans funktion, beteende samt interaktionen mellan riskfaktorer och signalsubstanser undersöks (American Psychiatric Association, 2019; Hjärnfonden, 2019; Howes et al., 2015). Trots att sjukdomen är allvarlig och ofta leder till funktionsnedsättningar finns det i dagens läge flera anledningar att vara hoppfull, eftersom förutsättningarna för normalisering har ökat över tid (Green & Harvey, 2014; Nirje, 1985; Nirje & Söder, 2003).

2.2.2 Symtom

Förekomst av symtom vid schizofreni varierar i intensitet mellan olika individer. Inom psykiatrisk vård indelas symtomen vanligen i tre grupper ”positiva symtom”, ”negativa symtom” och ”allmänna symtom”. Positiva symtom innebär ett tillägg av symtom, som befolkningen i allmänhet inte uppvisar. Exempel på positiva symtom är vanföreställningar och hallucinationer (Andreasen & Olsen, 1982; Kay, Opler & Lindenmayer, 1987; Levander, Adler, Gefvert & Tuninger, 2008). För en patient som till följd av symtom, upplever sig vara förföljd eller känner sig hotad av någon, är upplevelsen lika verklig som om den existerade i verkligheten. De negativa symtom som förekommer vid schizofreni innebär en avsaknad eller reduktion av funktioner som andra har. Den schizofrena individen kan exempelvis lida av tillbakadragenhet, brist på spontanitet och kan ha svårigheter att föra ett samtal (American Psychiatric Association 2013; Kring, Blanchard, Horan & Reise, 2013).

Till gruppen allmänna symtom ingår ångest, depression, desorientering, nedsatt förmåga att vara närvarande, bristande omdöme och insikt. Förekomsten av dessa symtom är relaterade till sjukdomens svårighetsgrad och patientens fysiologiska tillstånd (Andreasen & Olsen, 1982; Kay et al., 1987; Gerretsen, Chakravarty, Mamo, Menon, Pollock, Rajji & Graff-Guerrero, 2013; McFarland, Connon, Schmidt, Ahmed, Hehir, Emsell, Barker, McCarthy, Elliott & McDonald, 2013).

2.2.3 Funktion

Tidigt under 1900-talet började man mäta patienters funktion med kliniska observationer. Skattningsinstrument har använts sedan 1945 och i allt ökande utsträckning under de senaste 20 åren (Green & Harvey, 2014). Med neurokognition avses funktioner som har med tankeförmåga och varseblivning att göra, det vill säga hur en individ uppfattar och tolkar sig själv och relaterar till omvärlden (Sjödén, 1995;

Rydin, 1999; Green, Kern, Braff & Mintz, 2000; Fisher, McCoy, Poole & Vinogradov, 2008). I takt med att sjukdomen ökar i intensitet, förekommer bristande sjukdoms- och symtominsikt. Begreppen sjukdoms- och symtominsikt används vid schizofreni och andra allvarliga psykiska sjukdomar för att beskriva vilken grad en person känner sin sjukdom och sina symtom. Begreppen används också när förmågan att engagera sig i behandlingen diskuteras (Belvederi Murri & Amore, 2019). Cirka 60–80 % av patienterna upplever egna tidiga varningstecken när sjukdomen är i ett stabilt läge, men kan förlora förmågan när sjukdomstillståndet försämras. Patienten kan alltså känna sig som vanligt och uppleva hälsa, även om omvärlden ser tecken på försämring. Här kan finnas en risk för att det uppstår en konflikt mellan patientens egna upplevelser och det som närstående och vårdpersonal bedömer som tecken på försämring. Sådana konflikter kan vara smärtsamma och öka risken för depression och stigmatisering. Lysaker, Pattison, Leonhardt, Phelps & Vohs (2018) framhåller att den som saknar sjukdomsinsikt ofta har svårigheter med det sociala samspelet, både i vardagslivet och i förhållande till sjukvården, med risk för bristande följsamhet till vård och behandling.

Vid schizofreni brukar de neurokognitiva funktionerna periodvis vara reducerade. Det innebär exempelvis svårigheter med uppmärksamhet, koncentration, inlärningsförmåga, korttidsminnet, arbetsminnet, motorisk hastighet, neurokognitiv flexibilitet, engagemang och intresse samt exekutiva funktioner (Kay et al., 1987; American Psychiatric Association, 2013). Andra reducerade kognitiva funktioner är nedsatt förmåga att tänka konkret och svårigheter att generalisera kunskap från en miljö till en annan. För patienter med schizofreni medför sjukdomen ofta nedsatt funktionsförmåga och för många är sjukdomsförloppet långvarigt med upprepade episoder av försämring (Andreasen & Olsen, 1982; Beers & Berkow, 2004). Detta kan vara en bidragande orsak till att endast 17 % av männen och 19 % av kvinnorna har arbete på den öppna marknaden fem år efter att de har fått diagnosen (Socialstyrelsen, 2013).

Vid schizofreni kan, som det nämnts tidigare, såväl de kognitiva som exekutiva funktionerna påverkas. Störningar i de kognitiva funktionerna yttrar sig som svårigheter att känna igen och tolka andra personers ansiktsuttryck och förstå sina egna känslor. Förmågan att uttrycka sig och kommunicera försämras (Rydin, 1999; Green et al. 2000; Fisher et al., 2008). De exekutiva funktionerna utgår från de kognitiva funktionsmekanismer som samordnar våra tankar och reaktioner utifrån målet för våra handlingar, i varje specifik situation och att kunna växla mellan olika uppgifter. Det handlar även om förmågan att hämta och selektera information, välja vilken reaktion som är lämplig, undertrycka olämpliga reaktioner och att kunna sortera bort ovidkommande information (Wagner, Gais, Haider, Verleger & Born, 2004).

2.2.4 Livskvalitet

Upplevelse av livskvalitet och hur patienter med schizofreni skattar sin livskvalitet är svårt att mäta och värdera utifrån egna utsagor. Ett grundproblem är att det saknas en gemensam och allmänt accepterad definition av begreppet livskvalitet. Det råder dock konsensus kring att det är ett multidimensionellt koncept som innehåller olika aspekter av välbefinnande (SBU, 2012). Världshälsoorganisationen har definierat livskvalitet som individens upplevelser av sitt liv i ett sammanhang av den kultur och det värdesystem hon lever i och i relation till sina egna mål, förväntningar och levnadsnivå (WHO, 1995). Skattning av livskvalitet ger möjlighet att undersöka patientens välbefinnande (Heider, Fleissner, Zavrski, Kaiser, Hecht & Jakob, 2006) även om det är svårt att få fram en klar bild.

2.3 Bedömning

När bakomliggande orsaker till psykisk ohälsa inte är kända eller om det psykiska lidandet blir långvarigt, är det angeläget med en kvalificerad bedömning för att identifiera om det finns somatiska orsaker som kan behandlas eller uteslutas. När inga fysiologiska orsaker föreligger, behövs en psykiatrisk bedömning för att bekräfta om det är en debuterande psykisk sjukdom som ligger bakom upplevelsorna och symtomen. Det är väsentligt med en bedömning av vilken psykisk sjukdom som är aktuell, eftersom samma symptom kan förekomma vid flera olika sjukdomstillstånd och för att kunna ordinera rätt behandling (American Psychiatric Association, 2013).

Det första klassifikationssystemet formulerades på 1890-talet av Emil Kraepelin, som redan då betraktade kognitiva funktionsnedsättningar som centrala inslag i symtombilden (Kraepelin, 1907; Kraepelin & Robertson, 1919). Dessa anses fortfarande vara kärnkomponenter inom begreppet schizofreni.

Världshälsoorganisationen (WHO) övertog år 1948 ansvaret för klassificeringssystemet International Classification of Diseases (ICD), som har använts för sammanställning av nationell och internationell hälsostatistik, identifiering av hälsotrender och för rapportering av hälsotillstånd och sjukdomar. I den uppdaterade versionen ICD-11, är den kognitiva dimensionen för första gången med i ett klassificeringssystem, som hjälper att specificera sjukdomens uttryck (WHO, 2018). Mätning av hälsa, funktion och funktionshinder, på både individ- och befolkningsnivå, genomförs enligt WHO med den internationella klassificeringen - The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). ICF godkändes år 2001 av Världshälsöförsamlingen som den internationella standarden för att beskriva och mäta hälsa, funktion och funktionshinder. Utifrån ICF har WHO utvecklat WHO's Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0).

För att diagnostisera och klassificera psykiska störningar används den senaste utgåvan av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Klassificeringsmanualen har utvecklats kontinuerligt sedan 1952. Den första versionen innehöll 60 diagnoser, nu innehåller manualen 312 diagnoser. Utvecklingsarbetet har genomförts av internationella experter inom alla olika psykiatriska områden (American Psychiatric Association, 2013).

När DSM-5 började användas samordnades strukturen mellan ICD och DSM. En viktig skillnad nu är dock att symtomen vid schizofreni i DSM-5 ska ha en varaktighet på minst sex månader och i ICD-11 en månad. (American Psychiatric Association, 2013; WHO, 2018).

Det svenska nationella kvalitetsregistret för psykosjukdom, PsykosR, startade år 2004 och bidrar med underlag för att mäta kvalitet i psykosvården, utvärdera och förbättra vård och stöd för patienter med psykosjukdom. I Psykosregistret ingår följande skattningsinstrument för bedömning vid schizofreni: Remissionsskalan, CAN-skattning (funktionsbedömning), Audit- och Dudit-skattningar (bedömning av alkohol och drog förekomst) samt GAF Symtom och GAF Funktion (global skattning av symtom respektive funktion) (PsykosR, 2019).

Positive And Negative Syndrome Scale, PANSS, används både nationellt och internationellt för att bedöma psykossymtom. Till PANSS hör den semi-strukturerade intervjumanualen Structured Clinical Interview – Positive and Negative Syndrome Scale, SCI-PANSS. Instruktioner med definitioner av symtomen ingår för korrekt poängsättning (Kay et al., 1987; Lindström, Wieselgren & von Knorring, 1994).

2.4 Behandlingsmål

Trots att fokus på diagnos och symtom fortfarande dominerar, finns det ett ökande intresse för bedömning av funktionsförmågan i det

dagliga livet (Socialstyrelsen 2003b). När det saknas strategiska behandlingsmål inom vården, leder det inte sällan till otrygghet hos patienten (SOU 2006:100). För patienter med schizofreni introducerades remission som ett mål för behandling 2005 (Andreasen, Carpenter, Kane, Lasser, Marder & Weinberger, 2005; van Os, Burns, Cavallaro, Leucht, Peuskens, Helldin, Bernardo, Arango, Fleischhacker, Lachaux & Kane, 2006). Begreppet utformades genom ett internationellt samarbete mellan amerikanska och europeiska forskare inom psykosvård. Instrumentet används för att bedöma och mäta psykosjukdomens aktuella status och i vilken utsträckning tillståndet påverkar patientens funktionsförmåga (Helldin, Kane, Karilampi, Norlander & Archer, 2007; Harvey, Helldin, Bowie, Heaton, Olsson & Hjärthag, 2009).

Bedömning av remission vid schizofreni baseras på åtta av de 30 items som ingår i PANSS (Kay et al., 1987; Kay & Opler, 1987; Kay et al., 1988; Lindström et al., 1994) och syftar till att bedöma behandlingens målpuppfyllelse och att symtomen inte påverkar patientens dagliga funktion (Andreasen et al., 2005; van Os et al., 2006; Lasser, Nasrallah, Helldin, Peuskens, Kane, Docherty & Tronco, 2007).

Skattningen har visat sig ha ett speciellt värde eftersom den gör det möjligt att skilja mellan ett tillstånd då patienten är i remission, det vill säga att symtomen är så lindriga att de inte påverkar personens funktion, från tillstånd då patientens funktionsförmåga är nedsatt på grund av symtom. I en normal patientpopulation där behandlingen följer traditionella riktlinjer visar studier att ungefär 30 % av patienterna uppnår remission (De Hert, van Winkel, Wampers, Kane, van Os & Peuskens, 2007) det vill säga uppnår en högre funktionsförmåga (Andreasen et al., 2005; Lasser et al., 2007; Emsley, Chiliza, Asmal & Lehloeny, 2011).

Det långsiktiga målet för behandlingen är recovery. Begreppet recovery nyttjas både inom somatisk och psykiatrisk vård på sjukdomar som inte är botbara men där patienten till följd av pågående behandling är

symtomfri och fungerar normalt. Exempel på sådana somatiska sjukdomar är diabetes, reumatism och Multipel Skleros (MS). För schizofreniforma tillstånd har det varit svårt att skapa en enhetlig definition av recovery. Stabilitet i sjukdomsförloppet över tid, minst två år och normalisering av symptom och funktion är de bärande principerna (Lieberman, Kopelowicz, Ventura & Gutkind, 2002). Remission är ett viktigt steg mot recovery.

2.5 Behandlingsmetoder

Olika behandlingsmetoder har utvecklats och prövats. Under 1930-talet användes varma långbad, insulinchocker och lobotomi som psykiatriska behandlingsmetoder (Tranøy & Blomberg, 2005). År 1954 introducerades det första läkemedlet, chlorpromazine (Hibernal), som via den dopaminerga blockaden specifikt riktades mot psykosjukdomen och den kemiska obalansen. Haloperidol (Haldol) utvecklades fyra år senare och var mer potent i blockaden av dopamin-2 receptorer (Quraishi, & David, 2000). Hibernal, definierades som ett högdospreparat och Haldol betraktades som ett lågdospreparat (Zavodnick, 1978). Clozapine (Leponex) som utvecklades under 1980-talet, var det första preparatet som kom att bilda den andra generationens neuroleptika och har sedan dess fått många efterföljare (Gudelsky, Nash, Berry & Meltzer, 1989). Den väsentliga skillnaden mellan första och andra generationens neuroleptika är att från att enbart angripa dopaminsystemet, så fokuserades nu behandlingen på olika parallella signalsystem, i första hand serotonin (Creese, 1983; Kapur, & Remington, 2001; Tandon, & Jibson, 2003). Dessa preparat har mindre extrapyramidala och kognitiva biverkningar, men istället har de fler metabola biverkningar som bland annat leder till övervikt, ökat blodtryck och risk för utveckling av diabetes. Flera av den andra generationens neuroleptika har utvecklat långtidsverkande beredningar. Risperidone (Risperdal) som var den första av dem, har nu även utvecklat en tredje beredningsform där patienten får en injektion var tredje månad.

2.6 Utvärdering av vården

Till följd av schizofrenisjukdomens komplexa natur är det viktigt att utvärdera vården, följa upp given behandling och utvärdera vilken effekt den fått. Det stod klart för Amory Codman redan i början av förra seklet. Han var en framgångsrik kirurg vid Harvarduniversitetet i Boston, USA som gjorde banbrytande arbeten och under hela sitt yrkesliv kämpade för idén att läkarna måste följa upp slutresultatet av behandlingen av varje patient. Han kallade det "The End Result Idea", vilket innebar att sjukhusen började anställa enbart utbildad personal, att varje sjukhus skulle ha regelbundna analysmöten och därefter publicera sina resultat. Första gången Cormans modell tillämpades, visade det att endast 89 av de 692 sjukhus höll måttet. Tillsammans med Florence Nightingale (1820-1910), lade Codman grunden för det vi idag kallar kunskapsbaserad (evidensbaserad) vård. Båda var pionjärer när det gäller att använda mätning, statistik och uppföljning av resultat för att förbättra vården (SKL, 2019; Tuulio, 1950).

2.7 Psykiatrireformen

Den psykiatriska vården bedrevs tidigare uteslutande inom institutioner, som först benämndes sinnessjukhus och senare för mentalsjukhus. I många fall blev patienterna inlagda i tonåren eller i de tidiga vuxenåren och blev kvar livet ut (Ottosson, 2015). Under 1990-talet genomgick den psykiatriska vården en decentralisering enligt den psykiatriska reformen Psyk-Ädel. Den grundläggande idén med reformen var framförallt behov av en ökad integrering i samhället för patienter inom den psykiatriska vården (Glant, 2010). Psykiatrireformen syftade till att stärka individens roll i samhället, minska hospitaliseringens konsekvenser och att patienterna skulle erhålla psykiatrisk specialistvård i öppna vårdformer (Socialstyrelsen 1999; SOU 2006:100). De stora mentalsjukhusen lades ned och utslussning till

egna boende i samhället påbörjades för alla patienter som oftast hade vistas många år på mentalsjukhus. Reformen bedömdes vara en framgång men också en stor förändring för flertalet av de individer som varit inlagda på sjukhus under många år. Det var inte enbart positivt att behöva ta ansvar för ett eget hem med nedsatt funktionsförmåga. Kontakten med familjen var i många fall bruten och den sociala förmågan att själv aktivt söka kontakt med andra människor utanför hemmet var begränsad. När reformen infördes var samhällets möjligheter att stödja dessa individer begränsade och många blev ensamma och isolerade (Helldin, Kane, Karilampi, Norlander & Archer, 2006).

2.8 Synen på människan, psykisk sjukdom och vård

Samhällets negativa syn på psykiskt sjuka förändrades, inte minst beroende på att nya centrala principer om en mer humanistisk människosyn, fördomsfrihet och integration fick genomslag inom psykiatrin. Idag är den psykiatriska vården mer samhällsorienterad, psykoterapi i olika former uppmuntras och psykofarmakologin är en väletablerad behandlingsform vid psykisk sjukdom (Ottosson, 2015). Studier visar dock att det fortfarande förekommer en föråldrad inställning till människor med psykisk sjukdom (Björkman, Angelman & Jönsson, 2008; Lundberg, 2010). Den psykiatriska vården uppfattas fortfarande som kontroversiell och belastad av allmänhetens fördomar trots stark utveckling av hälso- och sjukvården med genomgripande strukturella, organisatoriska, medicinska och omvårdnadsmässiga förändringar (Struch, Levav, Shereshevsky, Baidani-Auerbach, Lachman, Daniel & Zehavi, 2008; Högberg & Karlsson, 2016).

2.9 Vård och behandling

Inom psykiatrisk öppenvård är det vanligt att patienten får vård och behandling av Case Managers och team med olika professioner.

2.9.1 Case Managers

Vid vård av patienter med schizofreni utses vanligen en fast vårdkontakt, ofta benämnd Case Manager (CM) som har huvudansvaret för kontakter, att göra korrekta bedömningar och för att tillgodose patientens behov av att uppnå, bibehålla och förbättra sin hälsa och livssituation (Burns, Catty, Dash, Roberts, Lockwood & Marshall, 2007). Att utse en CM till varje patient som diagnostiserats med schizofreni anses vara en självklarhet, eftersom en CM håller kontakten, står för och ger individuellt stöd (Bäck-Pettersson et al., 2014; Östman, Jakobsson & Falk, 2015). CM:s roll är att bedriva stödjande samtal med målet att förbättra förmågan att hantera det dagliga livet och att bistå patienten med stödåtgärder som har inverkan på dennes sociala färdigheter (Bäck-Pettersson, Sandersson & Hermansson, 2014; Patterson, Mausbach, Goldman, Bucardo & Jeste, 2006). Riktade stödinsatser från CM anses förbättra funktionsförmågan hos patientgruppen (Burns et al., 2007).

Patientens CM, som ofta utgör närmaste behandlare, är den som håller sig väl förtrogen med tidiga tecken på försämring för att rätt kunna stödja patienten. För att förhindra en begynnande försämring eller en onödig sjukhusinläggning krävs tillit och en aktiv dialog mellan patient och CM om varningstecknen och vilken handlingsplan patienten önskar följa (Baker, Leak, Ritchie, Lee & Fielding, 2012). Lysaker et al., (2018) anser att CM behöver hjälpa patienten att hantera alla de komplexa och smärtsamma upplevelser som är förknippade med att leva med psykisk sjukdom inklusive att identifiera tidiga tecken på försämring.

2.9.2 Vårdformer

Sjukvård som bedrivs på sjukhus benämns sluten vård. Öppen vård ges vid besök på en vårdcentral eller psykiatrisk öppenvårdsmottagning. I Sverige har det skett en förskjutning av vårdansvaret från sluten till öppen vård (Socialstyrelsen, 2008). Kommunen ansvarar för sociala insatser och landstinget ansvarar för medicinska (Socialstyrelsen, 2011), medan omvårdnadsansvaret är fördelat mellan kommunens hemsjukvård, primärvård och psykiatrisk öppenvård (SFS 2017:30). Patientens situation och sjukdom avgör vem som har omvårdnadsansvaret (Socialstyrelsen, 2008; 2010). För att möjliggöra hög vårdkvalitet inom psykiatrisk öppenvård, krävs samverkan mellan patient, närstående och samtliga vårdgivare (Helldin, 2005).

2.9.3 Öppenvårdsbaserade team

Öppenvårdsbaserade team med olika professioner anses av Blomqvist (2009) utgöra en vanlig organisationsform inom svensk psykiatri. Inom psykiatriska vården tillämpas teamsamverkan sedan decennier, eftersom den anses vara en förutsättning för att bedriva ett effektivt behandlingsarbete (Sandberg, 2009). Utgångspunkten för teamen är att tillvarata medarbetarnas specifika kompetens. Samtalet med patienten och kommunikationen inom teamet framstår som centralt i behandlingsarbetet och det betraktas som viktigt att teamet utgår ifrån grundläggande gemensamma värderingar och det anses vara värdefullt att de är samspelade (Carlström, 2013; Sandberg, 2009).

3 TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

3.1 Samverkan – Vårdorganisation

Eftersom psykosvården är organiserad i både sluten och öppen vårdform, är samverkan mellan dessa två organisationer nödvändig för att undvika dubbelarbete och hitta smidiga övergångar. Begreppet samverkan används i denna kontext mer övergripande och innefattar en sömlös, prestigelös integration och samordning mellan verksamheter som sker både i en hierarkisk organisation och i nätverk (World Health Organisation, 2019; Axelsson & Bihari Axelsson, 2006; 2007; Romøren, Torjesen & Landmark, 2011; Åhgren & Axelsson, 2011; Åhgren, 2012).

3.2 Samverkan – Profession

Teamsamverkan är ett lagarbete, där två eller flera personer genomför en gemensam handling tillsammans. I en lagsport finns det en klar strategi där arbetsfördelningen och målet är tydligt samt återkoppling för insatserna ges (West & Markeiwich, 2003). Enligt Jones och Roelofsma (2000) är graden av ömsesidigt beroende, kompletterande kunskaper och samverkan, skillnaden mellan arbetsgrupp och team. Begreppet teamarbete används främst mellan jämställda kollegor, och i mindre grad vid ett över- och underordnat förhållande. Förutsättningarna är gemensamt överenskomna mål samt en tydlig medvetenhet och respekt för varandras roller och funktioner för var och en i teamet (Katzenbach & Smith, 1993). Skillnaden på homogena och multiprofessionella team är bland annat sociala koder mellan deltagarna utifrån olika yrkesroller och olikheter i kommunikationssätt. En fördel med multiprofessionella team är att olikheter föder kreativitet (Kvarnström & Cedersund, 2006). Införandet av multiprofessionella och tvärfunktionella team har varit ett sätt att skapa gränsöverskridande samverkan (Carlström, 2009). Det utgår från

antagandet att när olika specialisters och professioners kunskaper integreras, nås en ökad sammanlagd kompetens (Åhgren & Axelsson, 2007). De tvärprofessionella team som vanligtvis förekommer inom öppen psykiatrisk vård består ofta av sjuksköterska, skötare, psykolog arbetsterapeut, kurator och läkare. Nyare vårdmodeller understryker att även patienten är en del av teamet. Vid personcentrerad vård (Person-Centred Care, PCC) involveras patienten i teamet. Jämfört med traditionell vård, är patientens förståelse och erfarenhet av sin situation och deltagande i beslutsfattandet centralt (Ekman, Swedberg, Taft, Lindseth, Norberg, Bergbom, Brink, Karlsson, Johansson, Kjellgren, Lidén, Ohlen, Olsson, Rosen, Rydmark & Stibrant-Sunnerhagen, 2011). Delat beslutsfattande är dock inte detsamma som personcentrerad vård, utan en teknik att finna en gemensam grund att stå på tillsammans med patienten. Även om PCC blir en allt viktigare del av vården har inte det personcentrerade synsättet fått genomslag bland alla vårdgivare. En orsak till detta kan vara att diagnos och behandling får störst utrymme när patientens funktionsförmåga bedöms (Olsson, Jakobsson Ung, Swedberg & Ekman, 2013).

3.3 Samverkan – Kommunikation

Kommunikation är en förutsättning för att uppnå samverkan. Möten är en förutsättning för att få ett effektivt informationsutbyte och gemensamt planera gränsöverskridande aktiviteter (Axelsson & Bihari Axelsson, 2006; 2007; Carlström, 2009; Åhgren, Bihari Axelsson & Axelsson, 2009). Den enklaste formen av samverkan uppstår i mötet mellan två individer. Buber (1994) beskriver att ett möte mellan människor kan anta två kvalitativt skilda former. En Jag-Du relation uppnås mellan två människor med ömsesidig och jämlik acceptans. En Jag-Det-relation, uppnås med ett subjekt-objektmöte där relationen är ensidig. Inslag av båda dessa relationsformer krävs enligt Snellman (2001) i en professionellt vårdande relation för att ge patienten den hjälp som behövs. Dialogen betraktas som ett medel och är central för en framgångsrik samverkan. Genom dialogen informeras patienten och

CM, vilket leder till samverkan emellan och att patienten blir delaktig (Socialstyrelsen, 2015). När patienten visas respekt och kan känna tillit till sin CM, ökar möjligheterna för en dialog där båda är engagerade. I personcentrerad vård är kommunikation en väsentlig del som kan hämta upp viktig information från patientens historia, skapa en vårdallians och tillit mellan patient och CM (Granger, Sandelowski, Tahshjain, Swedberg & Ekman, 2009; Olsson et al. 2013). Vid PCC och delat beslutsfattande blir patientens berättelser en framgångsrik utvärdering av patientens resurser och hinder, som kan dokumenteras i patientens vårdplan (Henbest & Stewart, 1990). Verktuget Daily Life Dialogue Assessment in Psychiatric Care (DLDA) har utvecklats i syfte att vara ett stöd för en strukturerad dialog, om hur olika väsentliga delar av vardagen fungerar. DLDA som är baserat på klassifikationssystemet ICF, Internationell Classification of Function (WHO, 2001), kan även användas som underlag för dokumentation, vid planering och utvärdering av vården (Johansson, Åström, Kauffeldt & Carlström, 2013).

Grundförutsättningar för att skapa dialog är bland annat att det finns gemensamma mål, ett tillåtande klimat, väldefinierat ansvar, roller, rutiner, befogenheter och resurser (Eriksson, 2008). Genom dialog kan gemensam förståelse och attitydförändringar uppnås, men kan hindras av språkbruk, kulturskillnader, maktstruktur, tidspress samt diskrepans mellan ansvar och befogenheter (Eriksson, 2008).

För att kunna utvärdera och bedöma om en patient med schizofreni är i remission eller inte, behöver patienten oftast stöd från CM att uttrycka sina behov och problem. Orlando (1961) betonar vikten av att inte bara kommunicera, utan också reflektera med patient, närstående och teamet. CM:s roll blir då att tolka beteenden och analysera vilka behov som behöver tillgodoses. Orlandos teori (1961) visar på betydelsen av interaktion i vårdrelationen, och den betraktas här som central för att kommunicera och skapa en allians med patienten med schizofreni. Denna allians ökar möjligheten att i samband med en psykiatrisk

hälsundersökning leverera skattningsresultat till patienten och teamet om vilka behandlingsåtgärder som är relevanta för att uppnå remission.

3.4 Bedömningar med psykiatriska hälsundersökningar i fokus

Allmänmedicin och psykiatri rör sig i gränstrakten mellan naturvetenskapliga och samhällsvetenskapliga synsätt. Det traditionella naturvetenskapliga synsättet är att finna orsaker till en företeelse, så kallad orsaksförklaring. Inom samhällsvetenskap är ändamålsförklaringar vanliga, det vill säga en företeelse förklaras i relation till de mål som eftersträvas (Elster, 1989; Winch & Gaita, 1990; Malmer, 2003). I den här avhandlingen är ändamålet att studera patientens funktion i termer av remission och företeelserna som granskas är bedömningar vid psykiatriska hälsundersökningar och professionellt teamarbete, framför allt utfört av CM i allians med patienten.

4 PROBLEMFÖRMULERING

Trots förbättrade bedömningsinstrument och reglerad ansvarsfördelning mellan region/landsting och kommun, kvarstår problem med att nå en god symtomkontroll, stärka patientens förmåga att hantera livets utmaningar, nå återanpassning och genomföra rehabilitering (LOV 2005:537; van Os et al., 2006; Gunnersen, 2007; D'Amour, Goulet, Labadie, Martin-Rodriguez & Pineault, 2008; Glisson, Schoenwald, Kelleher, Landsverk, Hoagwood, Mayberg & Green, 2008; Harvey et al., 2009; Snowdon & Marland, 2012). Även om det finns uttalade ambitioner att betrakta planeringen av insatser utifrån ett fysiskt, psykiskt och socialt perspektiv tenderar processen, från bedömning till samhällets insatser, fortfarande vara oklar när det gäller gruppen av patienter med psykotisk sjukdom (SFS 2017:30; Socialstyrelsen 1999; WHO, 2004). Effekten är att patienter med sviktande funktionsförmågor blir föremål för insatser från olika huvudmän utan samordning. De traditioner som finns och samhällets resurser är exempel på sådant som påverkar patienten och dennes funktion i samhället, det vill säga något som försvårar både återhämtning och patientens egen upplevelse av sin situation (Harvey et al. 2009; Helldin, Cavallaro & Galderisi, 2012).

5 SYFTE

5.1 Övergripande syfte

Syftet var att undersöka processer för att främja remission, från bedömning till samverkan mellan patient med schizofreni och vårdpersonal i den psykiatriska öppenvården.

5.2 Delstudiernas syften

Studie I

Syftet var att belysa specialistsjuksköterskors erfarenheter av samordnad vårdplanering inom öppen vård.

Studie II

Syftet var att undersöka hur självskattningar av upplevda besvär och livskvalitet hos patienter med schizofreni, samvarierade med sjuksköterskans bedömningar av symtom, funktion och livssituation.

Studie III

Syftet var att undersöka om upprepade årliga semi-strukturerade intervjuer, inklusive självskattningar av patienter med schizofreni, minskar skillnader i bedömningar mellan patienter och deras Case Managers.

Studie IV

Syftet var att identifiera Case Managers uppfattning om faktorer som främjar remission hos patienter med schizofreni.

6 MATERIAL OCH METODER

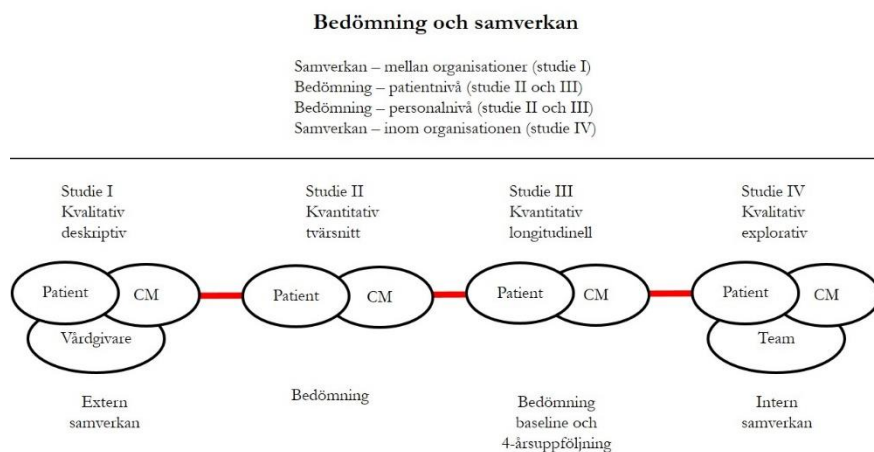
Avhandlingen utgörs av en sammanläggning av fyra delstudier. I delstudierna användes både induktiv och abduktiv forskningsmetod som innefattade såväl kvalitativa som kvantitativa analyser (Tabell 2).

Tabell 2. Övergripande schematisk beskrivning av de fyra delstudiernas design, metoder för datainsamling, deltagare och analyser.

	I	II	III	IV
Design	Kvalitativ - deskriptiv	Kvantitativ - tvärsnitt	Kvantitativ - longitudinell	Kvalitativ - explorativ
Datainsamling	Fokusgrupper	Semi-strukturerade intervjuer Skattningsinstrument Självskattningar	Semi-strukturerade intervjuer Skattningsinstrument Självskattningar	Individuella intervjuer
Deltagare	Psykiatri-sjuksköterskor Grupp (n=5) Distrikts-sköterskor Grupp (n=5)	Patienter (n=274) Sjuk-sköterskor/ CM (n=28)	Patienter baslinje och fyraårsuppföljning (n=289) Case Managers baslinje (n=34) fyraårsuppföljning (n=40)	Case Managers (n=12)
Analys	Induktiv innehållsanalys	Deskriptiv statistik Korrelationer Regressioner	Deskriptiv statistik Korrelationer Regressioner	Abduktiv innehållsanalys

6.1 Avhandlingens utgångspunkter

De fyra studier som ingår i denna avhandling har sin utgångspunkt i olika bedömningar vid schizofreni och de brister i samverkan som förekommer mellan olika vårdgivare i det kliniska arbetet inom psykiatrisk öppenvård. En översikt över studiernas genomförande på patient- och personalnivå samt inom och mellan organisationer, se figur 1.



Figur 1. Översikt över studiernas genomförande på patient- och personalnivå samt inom och mellan organisationer.

Tidigare forskning – CLIPS-projektet

Studie II och III (patient- och personalperspektiv) samt studie IV (CM-perspektiv) är genomförd i ett sjukvårdsområde där forskningsprojektet Clinical Long-term Investigation of Psychosis in Sweden (CLIPS) pågår. CLIPS-projektet syftar till att få fram mer kunskap om hur det är att leva med en psykossjukdom och genomförs inom psykiatrisk öppenvård i Västra Sverige sedan år 2000. Det är en longitudinell explorativ studie som genomförs genom att följa patienter med schizofreni och deras närstående under 20 års tid. Individer med dubbeldiagnos med; demenssjukdom, utvecklingsstörning eller missbruk exkluderas av såväl etiska skäl som risk för missförstånd (Helldin et al., 2006; Helldin et al., 2007; Hjärthag, Helldin, Karilampi & Norlander, 2010; Olsson, Hjärthag & Helldin, 2016). Samtliga patienter inom den psykiatriska öppenvården som uppfyller kriterierna tillfrågas om de vill delta i studien.

För de patienter som önskar delta, genomförs semi-strukturerade intervjuer och bedömningar som bland annat rör områdena symtom, remission och funktion. Patienterna får genomföra självskattningar och tester utifrån bland annat besvär, livskvalitet och hälsa (Helldin et al., 2006; Karilampi, Helldin, Hjärthag, Norlander & Archer, 2007). När samtliga patienter i projektets start hade genomfört skattningarna vid baslinjen, genomgick patienternas Case Manager (CM) en specifik internutbildning för att kunna genomföra dessa skattningar korrekt vid en årlig hälsoundersökning och samstämmigt med de övriga CM. Dessutom har samskattningsövningar, så kallad kalibreringar, genomförts vid upprepade tillfällen där samtliga CM har deltagit. Utbildningar och kalibreringar genomförs för att patienterna ska få samma grundliga bedömning, oavsett vilken mottagning de besöker inom den psykiatriska öppenvården. Fortlöpande monitoreringar har gjorts, det vill säga kvalitetsgranskningar av samtliga skattningar som genomförts under åren. Dessa granskningar gjordes bland annat för att se hur korrelation var mellan bedömningarna som var gjorda av liknande items, men med olika skattningsinstrument. I de fall där svårighets-

graden inte samvarierade, följde ett samtal om vad som låg bakom de avvikande värdena.

Vid framtagandet av remissionskonceptet var CLIPS-projektet med i den europeiska expertgruppen, som tillsammans med the Remission Schizophrenia Working Group (RSWG) enades om konsensuskriterierna (Helldin et al., 2006; 2007; Lasser et al., 2007; van Os et al., 2006). CLIPS-projektet har i flera studier uppmärksammats på grund av översättning och anpassning till svenska förhållanden av skattningsinstrumentet UCSD Performance-based Skills Assessment - Brief version (UPSA-B), som används för mätning av patienters sociala funktion. Studien har även utmärkt sig för utveckling av en kortare och mer användarvänlig anhörigenkät, Burden Inventory for Relatives to persons with Psychotic disturbances (BIRP) och genom att identifiera riskfaktorer för kortare livslängd hos patienter med schizofreni (Hjärthag et al., 2010; Helldin et al., 2015; Olsson, Helldin, Hjärthag & Norlander, 2012a).

6.2 Delstudie I

Deltagare

För att genomföra undersökningen kontaktades verksamhetschefen och verksamhetsdirektören för respektive området. Chefer inom de berörda verksamheterna ombads inkomma med förslag på lämpliga personer (strategiskt urval) (Polit & Beck, 2016). För att inkluderas i studien skulle personen vara legitimerad sjuksköterska med specialistutbildning, distriktssköterska eller psykiatrisjuksköterska. De skulle inneha en tjänst inom primärvård eller psykiatrisk öppen vård och ha erfarenheter av den samordnade vårdplaneringen som genomförs i öppen vård. Specialistsjuksköterskor i öppen vård inom privat regi samt vikarierande specialistsjuksköterskor exkluderades.

Deltagarna (n=10) bestod av nio kvinnor och en man, av dessa arbetade fem i storstad och fem på landsbygden. Den kliniska

erfarenheten hos deltagarna varierade mellan 3 och 38 år. Samtliga deltagare hade mer än 3 års erfarenhet av vårdplanering för patienter med komplexa vårdbehov och var verksamma vid psykiatriska öppenvårdsmottagningar och vårdcentraler i ett område inom Västra Götalandsregionen.

Design och datainsamling

Studie I hade en kvalitativ induktiv design och datainsamlingen genomfördes med två fokusgruppsintervjuer under år 2011, en med specialistsjuksköterskor verksamma inom psykiatrisk öppen vård och en med distriktsköterskor verksamma på vårdcentral. Deltagarna inbjöds att beskriva hur situationer hanterades när vårdgivarna gjorde olika bedömningar av patientens vårdbehov. Vid fokusgruppsintervjuerna deltog en moderator och en observatör (Morgan, 1997). Moderatoren introducerade ämnet och var vaksam på signaler om någon deltagare verkade känna stress eller obehag (Kitzinger, 1994; Wibeck, 2000). Observatören följde samtalen och förde anteckningar vid inslag av icke verbal kommunikation (Kitzinger, 1995). En intervjuguide som var anpassad för kontexten, användes som stöd för intervjuerna (Krueger & Casey, 2000; Kvale, 1996).

Analys

De inspelade intervjuerna transkriberades och analyserades med en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (2004). Den transkriberade texten korrekturlästes av författarna som samtidigt lyssnade till det inspelade och markerade samtalsordningen. Texterna lästes upprepade gånger av författarna var för sig, för att erhålla en känsla för innehållet. I samband med detta fördes anteckningar som kunde vara av värde senare i analysprocessen. Därefter delades texten in i meningsenheter som kondenserades och kodades. Koder med liknande innehåll grupperades till subkategorier. Subkategorierna formade kategorier med avseende på textens manifesta innehåll, med beskrivning nära textens innehåll (Graneheim & Lundman, 2004) (Tabell 3).

Tabell 3. Exempel på analysprocessens olika steg från meningsenhet, kondensering, kodning, subkategori till kategori.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Och då är det här med motivering till patienten... ... du måste faktiskt försöka ta emot hjälp...	Motivera patienten att försöka ta emot hjälp	Motivation	Motivera till hjälp och eget ansvar	Involvera patienten i beslut

Kategorier ställdes mot syftet och jämfördes med originaltexten fortlöpande, för en försäkring om att de hade sitt ursprung i materialet (Fatahi, Mattsson, Lundgren & Hellström, 2009). Ur kategoriernas sammanhang framträdde det övergripande temat, som sammanfattade materialets latenta innehåll till en mer abstrakt analysnivå (Graneheim & Lundman, 2004; Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017).

6.3 Delstudie II

För att kunna genomföra en samordnad vårdplanering framkom i studie I vikten av att korrekta bedömningar ligger till grund för behandlingar och vårdinsatser. Studie två (II) utformades för att undersöka utfallet av bedömningar av symtom, besvär, funktion och livskvalitet för patienter med schizofreni.

Självskattning versus bedömning

Studier av hur bedömningar gjorda av personal samvarierar med patientens självskattning har tidigare främst genomförts inom den somatiska vården och i slutenvård (Higginson & Gao, 2008; Kamdar, Shah, King, Kho, Xiaowei, Colantuoni, Collop & Needha, 2012; Sandhaug, Andelic, Berntsen, Seiler & Mygland, 2012; To, Ong,

Rawlings, Greene & Currow, 2012). Få har gjort jämförelser av självskattningar och bedömningar inom den psykiatriska öppenvården. I denna studie (II) undersöktes hur självskattningar av patient med psykossjukdom avseende besvär och livskvalitet samvarierade med sjuksköterskans bedömningar av symtom, funktion och sociala situation.

Beslutsfattare har uppmuntrat till mer självskattningar i såväl den somatiska som den psykiatriska vården. Genom att öka antalet självskattningar, exempelvis i väntrummen på mottagningar, erhålls mer information utan att behöva förlänga patientens besökstid hos vårdgivaren. Det sparar därmed personalresurser och leder till fler patientbesök. I studie II undersökte vi utfallet av självskattningarna för patienter med schizofreni. Inför studien frågade vi oss om självskattningar kan vara ett underlag för beslut om behandling för att normalisera livssituationen för patienter med schizofreni.

Deltagare

Deltagarna som inkluderades i studie II var dels patienter (n=274) med psykossjukdom, som diagnostiserats med schizofreni. Dubbel-diagnoserna missbruk, demenssjukdom eller utvecklingsstörning var exkluderande, för att patienten skulle kunna vara i stånd att förstå forskningsinformation, ge sitt samtycke och genomföra skattningar. Dels var det sjuksköterskor (n=28) verksamma inom öppen psykiatrisk vård. Samtliga var deltagare inom CLIPS-projektet. Av patienterna var 112 kvinnor och 162 män, medelåldern var 53 år (22-81 år). Av dessa var 167 patienter ensamstående utan tidigare parförhållande, 46 patienter var gifta eller levde i samboförhållanden medan 60 patienter hade levt i parförhållanden. Den högsta utbildningsnivån var grundskola för 118 patienter, gymnasieskola för 107 och högskola för 41. För åtta patienter saknades uppgift om utbildningsnivå. Patienterna delades in i två grupper, i remission (n=172) och inte i remission (n=102). Deltagarna i detta forskningsprojekt, var patienter inom öppenvård i en stabil fas av sjukdomen. De deltog i årliga undersökningar, där de både

fick genomföra självskattningar och deras tillstånd bedömdes av tränad personal med hjälp av etablerade skattningsinstrument.

Design och datainsamling

Designen för studie II var en kvantitativ tvärsnittsstudie. Datainsamling genomfördes med semi-strukturerade intervjuer och bedömningar genomförda av sjuksköterskan med validerade skattningsinstrument samt självskattningar genomförda av patienterna. De skattningsinstrument som var aktuella för denna studie presenteras i texten nedan.

Instrument

Perceived Global Distress Scale - (PGD)

Patienten skattade sina psykiska besvär med Perceived Global Distress Scale - (PGD), en Visuell Analog Skala, utifrån frågan; ”Hur besvärad har du varit av dina psykiska problem under den senaste månaden?” Genom att markera ett streck på en hundra millimeter lång linje genererades ett värde (Everitt & Wykes 2010). Värde 1 innebar extremt svåra besvär medan värde 100 indikerade att patienten inte upplevde några besvär alls (Ivarsson, Lindström, Malm & Norlander, 2011).

Global Quality of Life Scale - (GQL)

Global Quality of Life Scale - (GQL) är en Visuell Analog Skala, där patienten själv skattade sin upplevelse av livskvalitet utifrån frågan; ”Hur tycker du att ditt liv är just nu?” Precis som i fallet med PGD, genererades ett värde på en hundrageradig skala (Everitt & Wykes 2010). Värde 1 innebar lägsta känsla av livskvalitet och värde 100 indikerade att patienten upplevde högsta möjliga känsla av livskvalitet (Ivarsson, Malm, Lindström & Norlander, 2010).

Structured Clinical Interview – Positive and Negative Syndrome Scale

(SCI-PANSS)

Structured Clinical Interview – Positive and Negative Syndrome Scale - (SCI-PANSS) består av en intervjumanual och ett skattnings-

instrument för identifiering av symtom på psykosjukdom. Utifrån intervjuvaren genomfördes professionell bedömning med skattningsinstrumentet PANSS som mäter positiva (7 items), negativa (7 items), och allmänna symtom (16 items) vid psykosjukdom. Varje symtom bedömdes utifrån svårigheter på en sjugradig skala, där värde 1 innebar avsaknad av symtom, 2-3 att symtomen inte påverkade funktionen och vidare angav graderna 4-7 i hur stor utsträckning symtomen påverkade funktionen. Ett högt värde innebar svårare grad av symtomet och därmed sämre funktion (Kay et al. 1987, Lindström et al. 1994).

Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Det globala skattningsinstrumentet Global Assessment of Functioning Scale - (GAF) beskriver patientens mentala, sociala och funktionella förmåga. Det innehåller två skalor, en som beskriver det aktuella tillståndet för symtom (GAF 1) och en för funktion (GAF 2). Vardera skalan innefattar 100 skalsteg, där värde 1 innebar sämsta möjliga tillstånd medan värde 100 indikerade att patienten inte hade några symtom eller någon funktionsnedsättning (Luborsky, 1962; American Psychiatric Association 2013).

Strauss-Carpenter (modified version) – (S-C)

Ur skattningsinstrumentet Strauss-Carpenter scale användes fem områden (S-C modified version) som beskriver patientens livssituation. De fem områdena belyser aktuellt boende, sociala kontakter, arbetsförmåga, antal dagar i skyddat boende och sjukhusdagar under de senaste tolv månaderna. De tre första frågorna hade vardera fyra olika svarsalternativ och de två sista frågorna besvarades med det exakta antal dagar som varit aktuella för skyddat boende och sjukhusvistelse. Uppgifterna hämtades direkt från patientintervjun, patientjournalen samt anhöriga och vårdgivare (Nieman, Velthorst, Becker, de Haan, Dingemans, Linszen, Birchwood, Patterson, Solokangas, Heinimaa, Heinz, Juckel, von Revetlow, Morrison, Schultze-Lutter, Klosterkötter & Ruhrmann, 2012; Strauss & Carpenter 1972).

Remissionskala vid Schizofreni – Symtom - (RS-S)

Skattningsinstrumentet Remissionsskala vid Schizofreni – Symtom - (RS-S) utgår från bedömningen av åtta speciella symtom, vilka ingår i PANSS. De representerar om patienten är i remission, då tre är maxvärde och att tillståndet varit stabilt under senaste sex månaderna (Andreasen et al., 2005; van Os et al. 2006; Lasser et al. 2007).

Datainsamling

Sjuksköterskan genomförde individuella semi-strukturerade intervjuer (SCI-PANSS) samt bedömningar med skattningsinstrument (PANSS, GAF och S-C) utifrån intervjuer från patienten och kliniska observationer i samband med en psykiatrisk hälsoundersökning vid dennes besök på sin psykiatriska öppenvårdsmottagning under år 2011. Frågorna berörde olika områden såsom hur patienten upplevde symtom och funktionssvårigheter samt dennes aktuella livssituation. Patienten gjorde självskattningar (PGD och GQL) med hjälp av de validerade skalorna, efter instruktion av sjuksköterskan.

Analys

Sambandssökande statistiska beräkningar gjordes i form av korrelationer och regressioner för att jämföra patientens självskattningar med sjuksköterskans bedömningar. Korrelationsanalyser genomfördes mellan PGD (besvär), GQL (livskvalitet), dimensionerna i PANSS (positiva, negativa och allmänna symtom), GAF 1 (symtom), GAF 2 (funktion) och S-C (sjukhusdagar, boendeform, arbetsförmåga och sociala kontakter). Signifikansprövningar genomfördes för beroendevariablerna PGD (besvär) och GQL (livskvalitet), med oberoende t-tester där remissionsstatus var oberoende variabel. Regressionsanalyser har genomförts med PGD respektive GQL som beroendevariabel och de olika dimensionerna i PANSS, GAF och S-C som oberoende variabler. Signifikans prövades på 95 och 99 % -nivå (Field, 2011; Polit & Beck, 2016).

6.4 Delstudie III

Studie II visade att patienter med schizofreni hade svårigheter att skatta sin livssituation. Resultatet aktualiserade behovet av att undersöka om patientens förmåga till självskattning kunde förbättras av upprepade skattningstillfällen. Då studie II var en tvärsnittsstudie och patienterna hade olika erfarenheter av självskattning, ledde det fram till en fördjupad undersökning (studie III). Fördjupningen bestod i att följa patienternas självskattningar över tid, från den första skattningen vid baslinjen och vid fyraårsuppföljningen. Fördjupning gjordes även beträffande de skattningsskalor som analyserades. Förutom skattningarna avseende patientens upplevda besvär och livskvalitet analyserades även fysiskt och psykiskt hälsoindex, social situation samt grad av psykiska besvär.

Deltagare

Deltagarna var totalt 289 patienter, varav 111 kvinnor och 178 män och medelåldern var 47 år (19-83år). Av deltagarna var 168 ensamstående utan tidigare parförhållande, 56 var gifta eller levde i samboförhållande och 63 hade tidigare levt i parförhållanden (skild/änka/änkling). Utbildningsnivån var högst grundskola för 130 av patienterna, gymnasieskola för 116 och högskola/universitet för 38. Det var 190 patienter som hade fått diagnosen schizofreni, 69 hade schizoaffektiva syndrom och 30 hade vanföreställningssyndrom. Vid baslinjen genomfördes skattningarna av 34 CM och 40 CM genomförde fyraårsuppföljningarna.

Design och datainsamling

Studie III har en kvantitativ longitudinell design och datainsamlingen genomfördes på samma sätt som i studie II, med semi-strukturerade intervjuer och bedömningar genomförda av CM med validerade skattningsskalor samt självskattningar genomförda av patienterna.

Instrument

De skattningsinstrument som patienten använde i studie III var samma som användes i studie II, det vill säga PGD - patientens upplevelse av psykiska besvär och QoL- livskvalitet, men med tillägg av hälsoenkäten SF-36. Förutom de skattningar som beskrivs under studie II, har även skattningsinstrumentet Rosser-Index (Rosser & Kind, 1978) använts av CM.

The 36-Item Short-Form Health Status Survey (SF-36)

SF-36 är en hälsoenkät bestående av 36 frågor om åtta olika hälsofaktorer och besvaras med fem respektive sex olika svarsalternativ. Faktorerna är fysisk funktion, fysiska orsaker, smärta, allmän hälsa, vitalitet, social funktion, emotionella orsaker och psykiskt välbefinnande. Hälsoindex fysiskt respektive hälsoindex psykiskt är två sammanfattande mått som bildas av dessa faktorer. Ett högt värde innebär en god uppskattad hälsa (Ware & Sherbourne, 1992).

Rosser-Index – (R-I)

Instrumentet mäter funktionsnivå och besvär de senaste två veckorna, avseende aktiviteter i det dagliga livet och det sociala livet. Bedömningen görs på en åttagrädig skala utifrån patientens svar på frågan ”Vilka svårigheter har du haft de senaste två veckorna i ditt dagliga arbete, ditt sociala liv eller att utföra personliga aktiviteter?” samt beaktar information från anhöriga och vårdgivare. Ett högre värde innebär mer besvär och funktionssvårigheter (Rosser & Kind, 1978).

Analys

Deskriptiva statistiska beräkningar, korrelationer samt regressioner beräknades för att jämföra patientens självskattningar med bedömningar av CM. Korrelationer genomfördes mellan patienternas skattningar av besvär (PGD), livskvalitet (GQL), hälsa (SF-36) och skattningar av CM för dimensionerna symptom (PANSS och GAF 1), funktion (GAF 2 och S-C) samt besvär (R-I). Korrelationerna genomfördes både för data från baslinjen och uppföljningsmätning efter fyra år. Sammanlagt sex regressionsanalyser har sedan genomförts dels

baserat på data från baslinjen (tre analyser) och dels med data från uppföljningsmätningar efter fyra år (tre analyser). För regressionsanalyserna utgjorde PGD (baslinje och fyraårsmätning), GQL (baslinje och fyraårsmätning) respektive S-F 36 (baslinje och fyraårsmätning) de sex beroendevariablerna och de olika dimensionerna i PANSS, GAF, S-C och R-I var oberoende variabler (med data från baslinje då beroendevariablerna var från baslinje och data från fyraårsmätningen då beroendevariablerna var fyraårsdata). Statistisk signifikansnivå var 5 % (Field, 2011; Polit & Beck, 2016).

6.5 Delstudie IV

Från tredje studien framkom skillnader mellan patientens upplevelser när de var i remission respektive när de inte var i remission och att antalet patienter som uppnått remission hade ökat från cirka 37 % till cirka 54 %. En tänkbar bakomliggande orsak till ökningen antogs vara att ett nytt arbetssätt infördes 2005. Det året introducerades årliga bedömningssamtal på nio psykiatriska öppenvårdsmottagningar i klinikkens upptagningsområde. Den årliga uppföljningen ansågs bidra till en ökad förståelse av sjukdomen och ett minskat kunskapsgap mellan CM och patienten. Eftersom inga andra interventioner genomfördes anses de återkommande bedömningssamtalen och den relation som CM byggde upp med patienten vara en orsak till resultaten (Olsson-Tall et al., 2019). Resultaten är, ”to the best of our knowledge” unika och var därför värda fördjupade studier. Därmed utformades studie fyra (IV) för att undersöka vad som främjar remission hos patienter med schizofreni i psykiatrisk öppenvård.

Deltagare

CM med erfarenhet av kontinuerligt omvårdnadsarbete i psykiatrisk öppenvård och de årliga skattningarna inkluderades i studien. Deltagande CM (n=12), sju kvinnor och fem var män, var verksamma

inom tätort och glesbygd. Deras ålder varierade mellan 52-71år. Yrkesverksamma år sedan grundutbildningen varierade mellan 23-49 år. Sju var legitimerade sjuksköterskor och fem mentalskötare. Fem CM hade specialistutbildning inom psykiatri, en CM hade Case Managers-utbildning, en hade Steg I-utbildning, en hade både utbildning i Kognitiv beteendeterapi (KBT) och Dialektisk beteendeterapi (DBT), de övriga saknade vidareutbildning. Övervägande delen (n=11) hade arbetat i fem år eller mer med den aktuella metoden inom öppenvården vid den aktuella psykiatriska kliniken.

Design och datainsamling

För att få kunskap om CM:s uppfattning om vad i den psykiatriska vården som främjar remission för patienter med schizofreni, genomfördes studie IV utifrån en kvalitativ abduktiv induktiv design och datainsamlingen genomfördes med individuella intervjuer. Informanter inkluderades strategiskt, utifrån kriterierna att de arbetade som CM med kunskap och erfarenhet av vårdarbetet, av årliga skattningar med patientgruppen och av teamsamverkan inom öppen psykiatrisk vård. CM med rik erfarenhet av omvårdnadsarbete inom psykiatrisk öppenvård och årliga skattningar inkluderades i studien. De var verksamma vid nio olika mottagningar i västra Sverige.

Datainsamlingen planerades med respektive informant avseende tid, plats och lokal. Intervjuerna genomfördes där deltagaren föredrog det. Studiens första författare genomförde samtliga intervjuer. Inledningsvis lästes en kort informationstext upp för att samtliga informanter skulle få samma utgångspunkt vid intervjustarten. Datainsamlingen genomfördes med semi-strukturerade intervjuer utifrån en intervjuguide som bestod av frågor om CM:s uppfattning av vad i deras arbete, förutom läkemedel, som främjar remission. Intervjuerna avslutades med att deltagarna tillfrågades om det var något mer som de önskade tillägga. Intervjuerna spelades in med diktafon och transkriberades ordagrant.

Analys

Intervjuerna lyssnades igenom flera gånger och analyserades med en kvalitativ metod för innehållsanalys, där både det manifesta och latent innehåll lyftes fram (Graneheim & Lundman, 2004; Graneheim et al. 2017). Efter upprepade genomläsningar av de transkriberade texterna delades texten in i meningsbärande enheter. Meningsenheterna kondenserades och kodades. Därefter formulerades subkategorier utifrån textens manifesta innehåll, koderna jämfördes avseende likheter och skillnader och ur subkategorierna framträdde tre kategorier. Författarna diskuterade dessa utifrån den transkriberade texten. Slutligen formulerades det övergripande temat. I tabell 4 ges exempel på analysens olika steg.

Tabell 4. Exempel på analysprocessens olika steg från meningsenhet, kondensering, kodning, subkategori till kategori.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Sub-kategori	Kategori
I och med att det är mina bedömningar så behöver jag som personal, kunskap om skattningsinstrumenten, för att kunna göra bedömningarna. Det är det viktigaste!	Det behövs kunskap om skattningsinstrumenten för att kunna göra bedömningarna	Kunskap	Psykiatrisk- och metodkunskap	Professionell kompetens

7 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Samtliga fyra delstudier genomfördes i enlighet med Vetenskapsrådets riktlinjer (2002), som har utformats utifrån de forskningsetiska riktlinjerna som instiftades i Helsingforsdeklarationen år 1964 och som under årens lopp har uppdaterats vid flera tillfällen (World Medical Association, 2014).

Deltagarna fick muntlig och skriftlig information om studiens bakgrund, syfte och att deltagandet var frivilligt. I de fall deltagaren var patient informerades denne om att det inte skulle påverka vård och behandling om hen deltog i studien eller inte. Deltagarna informerades även om att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att ange något skäl, att studiematerialet skulle behandlas konfidentiellt och endast användas för forskningsändamål enligt Vetenskapsrådets riktlinjer (2002). Deltagarna gavs möjlighet att ställa frågor och det signerade samtycket upprättades i två exemplar.

7.1 Delstudie I

Vid utformningen av informationsbrev till deltagarna och berörda personer på samtliga chefsnivåer samt vid utformandet av det informerade samtycket för deltagarna i studien, har de forskningsetiska riktlinjerna gällt (Morgan, 1998; Vetenskapsrådet, 2002; Field, 2011; World Medical Association, 2014; Polit & Beck, 2016). Intervjuerna genomfördes i en neutral och känd lokal. Informanterna fick möjlighet att bekanta sig något med varandra innan fokusgruppsintervjun startade. I intervjusituationen beaktades att miljön vid intervjustunden var av sådan karaktär att forskarens intresse av att komma åt värdefull kunskap inte äventyrade den etiska respekten för deltagarnas integritet (Kvale & Brinkmann, 2009).

Studien är godkänd av Forskningsetiska kommittén vid Högskolan Väst, Trollhättan [Diarienummer: 2011/17 B22].

7.2 Delstudie II

Samtliga patienter som tillfrågades om deltagande fick enskild muntlig och skriftlig information om studiens bakgrund och syfte, om frivillighet och att ingen skillnad skulle göras av vård och behandling för patienten oavsett om patienten önskade delta i studien eller avstå. De informerades även om rätten att när som helst avbryta deltagandet, utan att behöva ange orsaken och att alla uppgifter om och från informanten behandlas konfidentiellt. Avslutningsvis gavs möjligheter att ställa frågor, innan varje deltagare undertecknade det signerade samtycket (Morgan, 1998; Vetenskapsrådet, 2002; Field, 2011; World Medical Association, 2014; Polit & Beck, 2016).

Studien är godkänd av regionala Etikprövningsnämnden i Göteborg 2010-07-05 [Diarienummer: 438-10].

7.3 Delstudie III

På samma sätt som i studie II fick samtliga patienter som tillfrågades om deltagande, var för sig muntlig och skriftlig information om studiens bakgrund och syfte, frivillighet och att ingen skillnad skulle göras av vård och behandling för patienten oavsett om patienten önskade delta i studien eller avstå. De informerades även om rätten att när som helst avbryta deltagandet, utan att behöva ange orsaken och att alla uppgifter om och från informanten behandlas konfidentiellt. Därefter gavs möjligheter att ställa frågor. Samtliga deltagare undertecknade det signerade samtycket innan intervjuerna påbörjades (Morgan, 1998; Vetenskapsrådet, 2002; Field, 2011; World Medical Association, 2014; Polit & Beck, 2016).

Den regionala Etikprövningsnämnden i Göteborg har godkänt studien 2010-07-05 [Diarienummer: 438-10].

7.4 Delstudie IV

Godkännande för att genomföra studien inhämtades av ansvarig verksamhetsledare, därefter togs kontakt med aktuella enhetschefer till de aktuella psykiatriska öppenvårdsmottagningarna med förfrågan om godkännande till att tillfråga möjliga deltagare och att deltagarna fick delta under arbetstid. Därefter kontaktades CM för information angående studien och en förfrågan om att delta.

De CM som önskade delta i studien informerades muntligt och skriftligt om bakgrund, syfte, studiens genomförande, om frivilligheten att delta och om möjligheten att närsomhelst avbryta sitt deltagande utan att behöva ange orsak. De tillfrågades om val av plats för intervju-situationen, där vissa valde i anslutning till sin arbetsplats och några valde en lokal som var mer ostörd. Samtliga deltagare gavs möjlighet att ställa frågor och undertecknade det signerade samtycket innan intervjuerna påbörjades (Morgan, 1998; Vetenskapsrådet, 2002; Field, 2011; World Medical Association, 2014; Polit & Beck, 2016).

Vid intervjusituationen beaktades att miljön var av sådan karaktär att forskarens intresse inte äventyrade den etiska respekten för deltagarnas integritet (Kvale & Brinkmann, 2009).

Studien är godkänd av regionala Etikprövningsnämnden i Göteborg 2010-07-05 [Diarienummer: 438-10].

8 RESULTAT

8.1 Delstudie I

Resultatet från studie I sammanfattas i ett övergripande tema, fyra kategorier och nio subkategorier som belyser specialistsjuksköterskors erfarenheter av samordnade vårdplaneringar i öppenvård. Kategorierna som framkom genom analysens var Förstå och balansera mellan patientens förmåga och behov, Involvera patienten i beslut, Överföra information mellan vårdgivare och Uppnå överenskommelse mellan ansvariga vårdgivare. Temat som framträdde ur det latenta innehållet var; Skapa samförstånd i relation till patient och ansvariga vårdgivare (Tabell 5).

Tabell 5. Resultattabell för studie I med tema, kategorier och subkategorier.

Tema	Skapa samförstånd i relation till patient och ansvariga vårdgivare			
Kategorier	Förstå och balansera mellan patientens förmåga och behov	Involvera patienten i beslut	Överföra information mellan vårdgivare	Uppnå överens-kommelse mellan ansvariga vårdgivare
Sub-kategorier	Känna till patientens vårdbehov	Låta patienten komma till tals	Få till stånd en dialog	Förhindra gräzons-problematik
	Anpassa stödet utifrån patientens funktions-nivå	Motivera till hjälp och eget ansvar	Dokumentera patientsäkert	Styras av ekonomiska beslut
Stödja familjen				

Genom analysen framkommer betydelsen av en effektiv vårdplaneringsprocess i öppenvården. Informanterna menade att detta förutsätter en grundlig bedömning av och förståelse för patientens förmåga och behov för att involvera patient och närstående i beslut om vård och behandling. Vidare menade informanterna att det krävs insikt om kommunikationens betydelse för att aktivt stödja patienten, närstående och medarbetare, att informationen överförs korrekt och hur olika vårdgivarna kan uppnå samförstånd i de beslut som fattas vid vårdplaneringen. Dessutom beskrivs vikten av att ledningen utifrån politiska styrdokument medverkar till utvecklingen av gemensamma mål över de organisatoriska gränserna.

8.2 Delstudie II

Korrelationerna mellan patientens egna skattningar (PGD och GQL) och sjuksköterskans skattningar (PANSS, GAF och S-C), var genomgående svaga ($r = -0,004$ till $r = -0,187$). För variabler som enbart skattats av sjuksköterskor var däremot korrelationerna starkare (från $r = -0,024$ till $r = 0,867$), särskilt för instrument som mätte symtom och funktion (PANSS och GAF) (tabell 1). För patientens självskattning av livskvalitet fanns signifikant samband med patientens besvärsskattning ($r = 0,240$, $p < 0,01$).

Upplevda besvär

Regressionsanalys genomfördes för att pröva om variationen i patienternas självskattade besvär (PGD) kunde förklaras utifrån variationen i hur sjuksköterskorna skattat symtom, funktion och aktuell livssituation. För hela gruppen genomfördes regressionsanalys (stepwise) med PGD (besvär) skattat av patienten som beroendevariabel och variablerna PANSS positiva symtom, PANSS negativa symtom, PANSS allmänna symtom, GAF 1 (symtom), GAF 2 (funktion) samt S-C (sjukhusdagar, boendeform, arbetsförmåga och sociala kontakter), skattade av sjuksköterskorna, som oberoendevariabler. En signifikant regressionsmodell kunde dock inte etableras för PGD.

Livskvalitet

För samtliga patienter genomfördes även en regressionsanalys (stepwise) med GQL (livskvalitet), skattat av patienten, som beroendevariabel och variablerna PANSS positiva symtom, PANSS negativa symtom, PANSS allmänna symtom, GAF 1 (symtom), GAF 2 (funktion), samt S-C (sjukhusdagar, boendeform, arbetsförmåga och sociala kontakter) skattade av sjuksköterskorna som oberoendevariabler. Analysen genererade två steg (Adjusted $R^2 = 0,052$, $F(2, 252) = 7,97$, $p < 0,001$). Den framtagna modellen inkluderade i det andra

steget följande variabler som förklaring till GQL; PANSS allmänna symtom ($Beta = -0,34$) och PANSS negativa symtom ($Beta = 0,22$). Modellen förklarar dock endast 5,2 % av variationen, problem med kollinearitet förelåg inte ($Tolerans = 0,50$).

Studie II visade på att patienten som spontanrapporterar, inte ens med stöd av visuella analogskalor, uppfyller kravet på att säkerställa att relevant data inhämtas som grund för vårdplaneringen. Arbetet beskriver på ett representativt vis hur man arbetade inom psykiatri vid tidpunkten för den första studien. Resultatet av studie (II) aktualiserade behovet av vidare forskning för att undersöka om patientens förmåga till självskattning kan förbättras av upprepade skattningstillfällen.

8.3 Delstudie III

Flertalet av de utförda analyserna visar att sambanden mellan de olika skattningarna som patienterna utförde var starkare vid fyraårsuppföljningen än vad de var vid baslinjen. Parallellt ökade överensstämmelsen mellan patientskattning och skattning av CM.

Mellan patientens självskattning av besvär (PGD) och patientens skattning av livskvalitet (GQL) fanns vid baslinjen ett signifikant samband ($r = 0,877$, $p < 0,001$). Vid fyraårsuppföljningen var motsvarande samband svagare men fortfarande signifikant ($r = 0,267$, $p < 0,001$) (tabell 1 och 2).

I korrelationerna vid baslinjen fanns ett signifikant samband mellan patientens självskattning av fysisk hälsa (SF-36 fysisk) och psykisk hälsa (SF-36 psykisk) ($r = 0,667$, $p < 0,001$). Vid fyraårsuppföljningen var sambandet liknande ($r = 0,626$, $p < 0,001$). Dessutom fanns det vid baslinjen signifikanta samband mellan patientens skattningar av fysisk hälsa (SF-36 fysisk) och CM:s skattningar av symtom (PANSS allmänna och GAF 1), funktion (GAF 2) och besvär (R-I). Vid fyraårsuppföljningen fanns ytterligare signifikanta samband mellan patientens

skattningar av fysisk hälsa (SF-36 fysisk) och symtom (PANSS positiva) ($r = -0,310$, $p < 0,001$) samt funktion (S-C arbetsförmåga) ($r = 0,213$, $p < 0,001$) och (S-C sociala kontakter) ($r = 0,232$, $p < 0,001$) (tabell 1 och 2).

För patientens skattning av psykisk hälsa (SF-36 psykisk) vid baslinjen fanns, förutom signifikant samband med patientens skattning av besvär, livskvalitet och fysisk hälsa, även signifikant samband på 1 % -nivå med CM:s skattning av symtom (PANSS allmänna och GAF 1) funktion (GAF 2) och besvär (R-I) (tabell 1). Vid fyraårsuppföljningen var motsvarande samband starkare för symtom (PANSS positiva) ($r = -0,313$, $p < 0,001$) och funktion (S-C sociala kontakter) ($r = 0,205$, $p < 0,001$). Dock saknades signifikant samband mellan psykisk hälsa (SF-36 psykisk) och CM:s skattning av GAF 1 – symtom vid fyraårsuppföljningen (tabell 6 och 7).

Tabell 6. I tabellen visas korrelationskoefficienter Pearson r vid baslinjen. Under korrelationerna visas signifikansvärdet.

	PGD	GQL	SF Fys	SF Psyk	PANSS positive	PANSS negative	PANSS general	GAF-S Symptom	GAF-F Function	S-C days of hospitalization	S-C housing arrangements	S-C capacity of work	S-C social contacts	R-I
PGD	1													
GQL	0,877**	1												
SF-36 Fys	0,189**	0,190**	1											
SF-36 Psyk	0,004	0,003	0,667**	1										
PANSS positive	0,299**	0,334**	0,000	0,000	1									
PANSS negative	-0,128	-0,109	-0,225	-0,138	0,324**	1								
PANSS general	0,115	0,182	0,008	0,103	0,000	0,426**	1							
GAF-S Symptom	-0,186*	-0,146	-0,190*	-0,201*	0,000	0,000	-0,608**	1						
GAF-F Function	0,021	0,072	0,026	0,017	0,000	0,000	0,000	0,690**	1					
S-C days of hospitalization	0,232**	0,193**	0,268**	0,256**	-0,618**	-0,553**	-0,502**	0,000	0,000	1				
S-C housing arrangements	0,001	0,009	0,204**	0,204**	-0,442**	-0,583**	-0,502**	0,000	0,000	0,000	1			
S-C capacity of work	-0,023	-0,018	0,033	-0,029	0,011	0,053	-0,040	-0,078	-0,059	0,326	0,143*	1		
S-C social contacts	0,696	0,761	0,617	0,647	0,889	0,517	0,625	0,192	0,326	0,255**	0,000	0,000	1	
R-I	0,095	0,003	0,026	-0,052	-0,164*	-0,222**	-0,068	0,234**	0,000	0,000	0,016	0,125*	0,081	1
	0,192**	0,134*	0,095	0,055	-0,107	-0,231**	-0,190*	0,318**	0,387**	-0,104	0,125*	0,036	0,072	0,231
	0,001	0,026	0,146	0,387	0,192	0,004	0,020	0,000	0,000	0,081	0,036	0,021	0,021	0,030
	-0,025	-0,011	0,057	0,000	-0,085	-0,287**	-0,023	0,190**	0,195**	-0,070	0,137*	0,072	0,021	0,030
	0,680	0,855	0,381	0,997	0,293	0,000	0,782	0,001	0,001	0,237	0,021	0,231	0,021	0,030
	-0,236**	-0,222**	-0,336**	-0,332**	0,374**	0,452**	0,517**	-0,505**	-0,496**	0,129*	-0,212**	-0,384**	-0,268**	0,000
	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,030	0,000	0,000	0,000	1

*=signifikansvärde på 5 % -nivå

**= signifikansvärde på 1 % -nivå

Tabell 7. I tabellen visas korrelationskoefficienter Pearson r vid fyraårsuppföljningen. Under korrelationerna visas signifikansvärdet.

	PGD	GQL	SF Fys	SF Psyk	PANSS positiv	PANSS negativ	PANSS general	GAF-S Symptom	GAF-F Function	S-C days of hospitalization	S-C housing arrangements	S-C capacity of work	S-C social contacts	R-I
PGD	1													
GQL	0,267**	1												
SF-36 Fys	0,406**	0,464**	1											
SF-36 Psyk	0,462**	0,468**	0,626**	1										
PANSS positive	-0,283**	0,018	-0,310**	0,313**	1									
PANSS negative	-0,189*	-0,059	-0,149	-0,135	0,365**	1								
PANSS general	-0,415**	-0,108	-0,429**	-0,414**	0,597**	0,685**	1							
GAF-S Symptom	0,106	0,034	0,317**	0,092	-0,618**	-0,507**	-0,571**	1						
GAF-F Function	0,215**	0,108	0,341**	0,256**	-0,462**	-0,487**	-0,532**	0,283**	1					
S-C days of hospitalization	0,100	-0,099	-0,076	-0,077	0,123	0,094	0,154*	-0,024	-0,058	1				
S-C housing arrangements	0,099	0,068	0,122	0,100	-0,185*	-0,259**	-0,252**	0,106	0,307**	-0,030	1			
S-C capacity of work	0,095	0,009	0,213**	0,063	-0,067	-0,141	-0,174*	0,064	0,483**	-0,043	0,156**	1		
S-C social contacts	0,047	0,114	0,232**	0,337	0,360	0,059	0,019	0,287	0,000	0,471	0,009	0,170**	1	
R-I	0,455	0,081	0,001	0,001	-0,229**	-0,398**	-0,305**	-0,051	0,296**	-0,090	0,226**	0,004	0,131	0,000
	-0,215**	-0,118	-0,271**	-0,286**	0,338**	0,604**	0,563**	-0,103	-0,620**	0,090	-0,353**	-0,397**	-0,376**	1
	0,000	0,071	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,084	0,000	0,132	0,000	0,000	0,000	0,000

*=signifikansvärde på 5 % -nivå

**= signifikansvärde på 1 % -nivå

Upplevda besvär

Regressionsanalyser genomfördes för skattningarna vid baslinjen och fyraårsuppföljningen för att pröva om variationen i patienternas självskattade besvär (PGD) kunde förklaras utifrån variationen i hur CM skattat symtom, funktion och aktuell livssituation. För hela gruppen genomfördes regressionsanalys (stepwise) med PGD (besvär) skattat av patienten som beroendevariabel och variablerna som skattades av CM; PANSS positiva symtom, PANSS negativa symtom, PANSS allmänna symtom, GAF 1 (symtom), GAF 2 (funktion), S-C (sjukhusdagar, boendeform, arbetsförmåga och sociala kontakter) samt besvär (R-I) som oberoendevariabler. Analysen för besvär vid baslinjen genererade endast ett steg (Adjusted $R^2 = 0,154$, $F(1, 148) = 28,22$, $p < 0,001$). Den framtagna modellen inkluderade variabeln PANSS allmänna symtom ($Beta = -0,400$) som förklaring till PGD; modellen förklarar 15,4% av variationen. Vid fyraårsuppföljningen genererade analysen däremot fyra steg (Adjusted $R^2 = 0,231$, $F(4, 163) = 13,55$, $p < 0,001$). Den framtagna modellen inkluderade i det fjärde steget variablerna PANSS allmänna symtom ($Beta = -0,620$), S-C sociala kontakter ($Beta = -0,141$), S-C antal dagar på sjukhus under senaste 12 månaderna ($Beta = 0,154$) och PANSS negativa symtom ($Beta = 0,198$) som förklaring till PGD; modellen förklarar 23,1% av variationen.

Livskvalitet

På samma sätt genomfördes regressionsanalys (stepwise) med GQL (livskvalitet) för skattningarna vid baslinjen och fyraårsuppföljningen. Vid baslinjen genererade analysen för livskvalitet två steg (Adjusted $R^2 = 0,080$, $F(2, 146) = 7,43$, $p < 0,001$). Den framtagna modellen inkluderade i det andra steget variablerna PANSS allmänna symtom ($Beta = -0,258$) och S-C aktuellt boende ($Beta = -0,180$) som förklaring till GQL; modellen förklarar dock endast 8,0 % av variationen. Vid analysen för fyraårsuppföljningen genererades endast ett steg (Adjusted $R^2 = 0,063$, $F(1, 168) = 12,36$, $p < 0,001$) där den framtagna modellen inkluderade variabeln PANSS allmänna symtom ($Beta = -0,262$) som förklaring till GQL; modellen förklarar 23,1% av variationen.

Fysisk hälsa

När regressionsanalys genomfördes för den fysiska hälsan (SF-36) som beroende variabel skattad vid baslinjen, genererade analysen ett steg (Adjusted $R^2 = 0,114$, $F(1, 132) = 18,09$, $p < 0,001$). Den framtagna modellen inkluderade variabeln R-I besvär ($Beta = -0,347$) som förklaring till fysisk hälsa SF-36; modellen förklarar 11,4 % av variationen. Fyraårsuppföljningens analys genererade tre steg (Adjusted $R^2 = 0,263$, $F(3, 128) = 16,55$, $p < 0,001$). Den framtagna modellen inkluderade i det tredje steget variablerna PANSS allmänna symtom ($Beta = -0,497$), GAF funktion ($Beta = 0,287$) och PANSS negativa symtom ($Beta = 0,314$), som förklaring till fysisk hälsa SF-36; denna modell förklarar 26,3 % av variationen.

Psykisk hälsa

När den psykiska hälsan (SF-36) analyserades som beroende variabel i en regressionsanalys vid baslinjen genererades tre steg (Adjusted $R^2 = 0,194$, $F(3, 133) = 11,92$, $p < 0,001$). Den framtagna modellen inkluderade i det tredje steget följande variabler som förklaring till psykisk hälsa SF-36; PANSS allmänna symtom ($Beta = -0,257$), R-I besvär ($Beta = -0,266$) och S-C aktuellt boende ($Beta = -0,176$). Modellen förklarar 19,4 % av variationen. Vid fyraårsuppföljningens motsvarande analys genererades endast ett steg (Adjusted $R^2 = 0,229$, $F(1, 144) = 4,05$, $p < 0,001$). Den framtagna modellen inkluderade variabeln PANSS allmänna symtom ($Beta = -0,484$) som förklaring till psykisk hälsa SF-36. Modellen förklarar 22,9 % av variationen.

Bifynd

Samtidigt som förmågan att differentiera mellan olika områden har förbättrats, har antalet patienter i symtomatisk remission ökat. När studien startade var 105 patienter (36,6 %) av studiepopulationen (289 patienter) i symtomatisk remission. Detta kan jämföras med att 158 patienter (54,7 % av studiepopulationen) nått symtomatisk remission vid fyraårsuppföljningen. Under studieperioden skedde således en ökning med 18,1 % enheter. Dessutom har antalet patienter som varit inlagda på sjukhus ändrats för patientgruppen. Vid baslinjen var

det 228 patienter som inte varit inlagda på sjukhus under senaste 12 månaderna, vilket kan jämföras med fyraårsuppföljningen där antalet var 258 patienter. Det innebär en ökning med 30 patienter som inte varit inlagda på sjukhus under senaste 12 månaderna.

8.4 Delstudie IV

Genom analysen framkom faktorer som beskriver CM:s uppfattning om vad som främjar remission för patienter med schizofreni inom öppen psykiatrisk vård. Det övergripande temat formulerades utifrån tre kategorier och nio subkategorier som synliggör värdet av systematisk bedömning av patientgruppen över tid. Temat som framträdde ur det latent innehåll var ”En översikt av bedömningsfaktorer som främjar remission för patienter med schizofreni” (Tabell 8).

Tabell 8. Beskrivning av studiens tema, kategorier och subkategorier.

Tema	En översikt av bedömningsfaktorer som främjar remission för patienter med schizofreni		
Kategorier	Professionell kompetens	Bedömningsstruktur	Bedömningsprocessen
Subkategorier	Psykiatrisk- och metodkunskap	Tydliggör symtom och funktionssvårigheter	Bildar grunden för vård och behandling
	Alliansskapande förhållningssätt	Synliggör behov av kontakt och uppföljning	Skapar en gemensam agenda och kommunikationskanal
	Individualisera i tid och rum	Möjliggör utvärdering och jämförelser av remissionsstatus	Främjar teamsamverkan och kontinuitet

Kategorier

De tre kategorierna som framkom genom analysens nio subkategorier var Professionell kompetens, Bedömningsstruktur och Bedömningsprocessen.

Professionell kompetens

Analysen synliggör den specifika kompetens som informanterna anser att CM behöver ha för att genomföra ett effektivt bedömningsamtal vid vård och behandling av patienter med schizofreni. På frågan om vilka egenskaper som var viktiga för att främja remission menade informanterna att det krävs yrkeskunskap, ett alliansskapande förhållningssätt och att kunna individualisera i tid och rum. Yrkeskunskapen innefattar både kunskap inom psykiatri, men också kunskap om bedömningsinstrumenten och metodiken.

Bedömningsstruktur

Med bedömningsstruktur menas formerna för bedömningsamtal och utformningen av bedömningsinstrumentet. Kategorin innefattar informanternas uppfattning om den betydelse som bedömningsstrukturen har, för att främja remission. Bedömningsstrukturen tydliggör symtom och funktionssvårigheter, synliggör behov av kontakt och uppföljning och dessutom möjliggörs utvärdering och jämförelser av remissions-status. Dessa tre områden ansåg informanterna väsentliga för att observera och fånga upp variationer i patienternas funktionssvårigheter.

Bedömningsprocessen

Flera informanter menade att bedömningsprocessen i sig främjar remission för patienter med schizofreni. Det kräver dock att bedömningsresultatet verkligen används som en grund för vård och behandling. Genom processen blev det tydligt vilka olika behandlingsalternativ och behandlingsinsatser som var mest lämpade för respektive patient.

9 GENERELL DISKUSSION

De viktigaste resultaten från studierna I-IV är att upprepade bedömningar i samband med psykiatrisk hälsoundersökning bidrog till remission och att öppenvårdsteamet betraktade den psykiatriska hälsoundersökningen som ett verktyg för samverkan och kommunikation, inte bara inom teamet utan också tillsammans med patienten. Regelbundenheten hos bedömningsamtalen och den dialog som dessa bidrog till, mellan CM och patient, ansågs stimulera till kommunikation och transparens. Såväl patienter som CM stimulerades av strukturen och systematiken i bedömningarna, vilket enligt CM ansågs vara en framgångsfaktor i termer av remission.

Detta resultat växte fram genom studiens fyra delarbeten. Det innebar att den plan för delarbeten som utformades under projektets inledning kom att förändras och nya vägval, baserade på de resultat som genererades, gjordes allteftersom projektet utvecklades.

Studie I syftade till att översiktligt förstå hur patienter kan involveras i sin egen vård genom vårdplaneringar, men också hur olika vårdgivare kan samverka för att optimera insatser till patienten. Ett gott skäl att genomföra studien kan illustreras med ett begrepp som diskuterades av myndigheter och forskare vid tiden när studien inleddes, så kallad undvikbar slutenvård. Det har framhållits att slutenvård ofta är effekten av brist på kommunikation mellan vårdare och patient. Missförstånd, brist på engagemang och förhastade beslut kan leda till onödiga perioder på sjukhus för tillstånd som kunde ha hanterats, på ett bättre sätt, i den egna miljön (Socialstyrelsen, 2014).

I den första studien (I) citerades Linell et al. (1998) som menade att en interdisciplinär grupp av medarbetare behöver kommunicera till den gräns när man når konsensus. Resultatet av denna avhandling, och själva bidraget, är att sådan kommunikation också måste innefatta patienten själv. Dessutom måste kommunikation utvecklas över tid för att odla tillit mellan vårdare och patient. Detta gäller i synnerhet inom

psykosvården där patientens symtom utgör en särskild utmaning när målet är kommunikation, samförstånd och en gemensam plan.

Med utgångspunkt från resultaten från studie I valdes ett sjukvårds-område som hade gjort sig känt för att lyckas nå en hög grad av remission hos psykospatienter. En närmare granskning av verksamheten visade att det som var mest unikt i sjukvårdsområdet var en typ av utökade och återkommande skattningar som genomfördes årligen av patientens CM i samband med psykiatriska hälsoundersökningar. Ett antagande var att dessa skattningar bidrog till något mer än en mätning av status. Antagandet stärktes av att skattningarna var relativt omfattande och krävde en tät kommunikation mellan CM och patient och att båda i samband med skattningen var aktiva. Hälsoundersökningen liknade inte andra vanliga typer av undersökningar där en aktiv personal genomför mätningar av en passiv patient, vilket är vanligt vid triagering, registrering av vitala parametrar och diagnosticering.

I den andra studien (II) mättes därför sambandet mellan patientens självskattningar och CM:s skattningar vid psykiatriska hälsoundersökningar. Resultatet visade att korrelationen mellan sjuksköterskors och patienters bedömningar var svag. Trots att studien var mer omfattande än flera tidigare studier, med avseende fler skattningsinstrument, visade det ändå på en signifikant svaghet i korrelationen mellan CM och patient. Dessutom studerades patienter som befann sig i en relativt stabil fas av sin sjukdom, vilket borde ha förbättrat utsikterna för att hitta fler överensstämmelser än vad som gjordes. Studien var dock en enskild mätning av en enskild händelse. Resultaten ställdes inte i relation till faktorer som exempelvis tid och upprepade psykiatriska hälsoundersökningar, vilket betraktades som en svaghet.

Motgången gav upphov till idén om att designa den tredje delstudien utifrån antagandet att förtroende och tillit byggs upp över tid. Eftersom bedömningarna upprepades årligen och krävde en dialog mellan CM och patient föddes uppslaget att se hur upprepade psykiatriska hälso-

undersökningar med semi-strukturerade bedömningsverktyg påverkade patienten i termer av remission. Resultatet stod i kontrast till utfallet i studie två. Det pekade på att upprepade bedömningar minskade den klyfta mellan CM och patient som tidigare registrerats. Studien, som täckte in fyra år av relationer mellan CM och patient, visade att frekventa självskattningar övat upp insikt och självkänedom, mellan baslinjen och fyraårsuppföljningen. Kommunikationen mellan CM och patient hade stärkts och nya dörrar öppnats där resonemang om symtom och livskvalitet blivit vanligare. Bilden av patientens situation klarnade och Linells et al. (1998) resonemang om konsensus till följd av en fortsatt och upprepad kommunikation fick en tillämpning på relationen mellan patient och CM.

Studien ledde fram till ett antagande att det resonemang och de frågor som instrumenten innehöll, och som hade använts vid hälsoundersökningarna, nu användes regelbundet av CM i samband med det regelbundna behandlingsarbetet. Dessutom gav resultaten upphov till antagandet att en bättre insikt om patientens situation bidrog till ett mer träffsäkert behandlingsarbete och att det i sin tur ökade möjligheterna att nå remission. Antagandena låg till grund för den fjärde och sista studien.

I fjärde delstudien (IV) intervjuades erfarna CM om deras uppfattning om vad som kunde bidra till remission för patientgruppen. Det antagande som uppstått efter den tredje delstudien (III) verifierades av CM som menade att bedömningssamtalen vid hälsoundersökningarna hade en gynnsam effekt. Det framhölls dock att det fanns flera andra faktorer som antogs bidra till remission. Informanterna, det vill säga CM, framhöll att det var viktigt att instrumenten användes på ett korrekt och strukturerat sätt och att CM var kompetent för att utföra uppgiften, det vill säga hade en god kännedom om sjukdomen och var skicklig på att nyttja instrumenten i dialogen med patienten. Komplexiteten och därmed behovet av skicklighet i intervjusituationen

verkade ligga på en högre nivå än traditionell sjukvård (jämför blodtrycksmätningar, provtagning, triage och andra biologiska parametrar). Utmaningarna låg i att konceptualisera patientens upplevelser, kategorisera fynden, följa en struktur och samtala med patienten om dennes situation på såväl en personlig nivå som på metanivå. Informanterna betonade att remission inte var något som kunde uppnås genom ett ingrepp eller en enstaka behandling utan genom en långsiktig och förtroendefull relation och samverkan mellan CM och patient.

De olika komponenterna under denna vårdprocess kan fördelas i rubrikerna samverkan, bedömning, kommunikation och funktion med slutmålet psykisk hälsa och livskvalitet. Varje sådan del behandlas under egna rubriker nedan.

Samverkan

I studie I lyftes värdet av att värna om att nå samförstånd mellan patient, närstående och vårdgivare vid bedömning, genomförande och utvärdering av samordnad vårdplanering (SVPL). Det gäller i synnerhet patienter med schizofreni som har behov av psykiatrisk specialistvård och primärvård (SFS 2010:659; Socialstyrelsen, 2018; SOU 2000:38). Enligt en brittisk studie är det 25-40 % av de patienter som har en långsiktig psykisk sjukdom som schizofreni, som vägrar specialistvård (Gillam & Williams, 2008). Det är då extra viktigt med samverkan mellan den organisation patienten ändå vill ha kontakt med och den specialiserade psykiatriska vården, för att säkerställa att patienten har en regelbunden kontakt och för att förbättra kvaliteten på vården patienten får (Gillam & Williams, 2008). Det har dessutom visat sig att när teamarbete introduceras finns det en risk att traditionella professionella och organisatoriska gränser fortsätter att hindra samverkan (Jensen & Kuosmanen, 2008). Konsekvensen blir att effektiva stödinsatser uteblir när samarbetet fallerar (Romøren, et al., 2011).

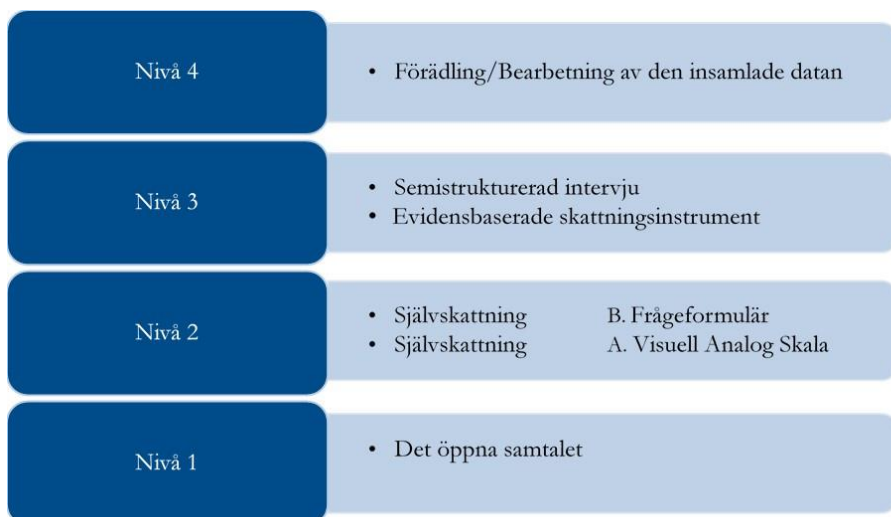
Bedömning

En väsentlig utgångspunkt för den samordnade vårdplaneringen som initieras och genomförs inom öppenvården med andra vårdgivare, är att det inför vårdplaneringsmötet genomförs en samlad bedömning av patientens tillstånd och behov.

Eftersom patienter med schizofreni ofta har svårt att berätta om och beskriva sina besvär, kan de inte alltid själva identifiera symtom eller bedöma om funktionsförmågan är försämrad. Detta faktum försvårar val av insatser, i synnerhet vid vård i patientens egen bostad (Socialstyrelsen, 2012). Patienterna har ofta svårigheter att verbalisera och ge en adekvat bild av hur de mår och fungerar i vardagen, vilket gör att CM behöver vara ett språkrör under bedömningsprocessen (Olsson, et al. 2015). De bedömningar som CM genomför, utgör en grund för kommunikation, samverkan, behandling och remission, när informationen ska överföras till patient, teamet och andra vårdgivare. Den psykiatriska öppenvården har fått kritik för att ett anpassat stöd av vårdinsatser inte fått avsedd effekt för patienter med schizofreni (Frey & Sunwolf, 2004; SOU 2006:100).

Kommunikation

Kommunikation vid vård och behandling av patienter med schizofreni är bland det svåraste som finns och torde därför vara extra viktigt för denna patientgrupp (Källström, 2013; Rosenbaum & Sonne, 1978). För bästa resultat vid en bedömning krävs att kommunikation fungerar åt båda hållen. Vid kommunikationen mellan patient och CM är både dialog och samverkan av stor vikt för att adekvat information ska komma fram vid varje undersökningstillfälle. Beroende på vilken bedömning som ska genomföras, förekommer kommunikation och informationsöverföring på olika nivåer. En modell, som sammanfattar olika bedömningsnivåer utifrån metod, efterarbetsning och som baseras på avhandlingens resultat, sammanfattas enligt figur 2.



Figur 2. Bedömningsnivåer med olika grad av informationsöverföring.

Olsson-Tall, 2019

Det inte möjligt att inhämta säkra uppgifter genom att enbart grunda dessa på nivå 1 och 2, vilket framgår av delstudie II och III.

Inom psykiatrisk öppenvård finns det en lång tradition av bedömning genom det öppna samtalet (nivå 1). Det öppna samtalet innebär ett samtal med öppna frågor och en öppen struktur utifrån den aktuella situationen (Källström, 2013). En form av öppet samtal är det stödjande samtalet, som används som långtidsbehandling inom den psykiatriska öppenvården. Tidigare forskning visar att stödjande samtal har en positiv inverkan på patientens sinnesstämning och förbättrar självförtroendet när det gäller att lära sig hantera det dagliga livet (Bäck-Pettersson et al., 2014).

Nästa bedömningsnivå (nivå 2) inbegriper självskattningar med två olika grader av styrka, där den första och lägsta graden (A) avser självskattning med Visuell Analog Skala (VAS-skala). Den andra graden

(B) av självskattning (nivå 2) avser självskattning utifrån ett mer detaljerat frågeformulär.

För bedömning på nästa nivå (nivå 3) genomförs semi-strukturerade intervjuer med hjälp av evidensbaserade skattningsinstrument. Då intervjun är semi-strukturerad, får alla patienter samma frågor oavsett vem som ställer dem eller till vilken mottagning hen tillhör, dessutom kan följdfrågor ställas vid de tillfällen det är aktuellt. Det innebär att den information som inhämtas blir avsevärt mer fyllig och djupare än vid endast självskattning av olika grader.

Bedömning på den översta nivån (nivå 4) inbegriper även bearbetning av insamlade data som sker efteråt. Det innebär dels att svaren bedöms enligt specifika definitioner och kriterier till olika värden, dels att resultaten på de olika nivåerna kommuniceras mellan patienten och CM, med teamet på mottagningen och med andra vårdgivare vid en samordnad vårdplanering (Andreasen et al., 2005; van Os et al. 2006; Lasser et al. 2007; Olsson et al. 2012b).

Genom upprepade bedömningar av CM med efterföljande samtal i dialog med patienten, ökar förutsättningarna för att synliggöra de svårigheter och hinder som patienten har och att tillgodose aktuella behov (Rotstein, Roe, Gelkopf, Shadmi & Levine, 2017). Avhandlingen stödjer inte enbart detta antagande utan visar dessutom på nyttan av ett sådant arbetssätt i form av att det leder fram till en ökad grad av remission i den undersökta populationen. Utifrån de resultat som framkommit under den aktuella hälsoundersökningen, dels från patientens självskattningar och dels CM:s bedömningar, är den efterföljande dialogen mellan patienten och CM mycket betydelsefull. I detta samtal kan jämförelser göras mellan deras respektive och aktuella resultat samt med föregående års skattningar. I CM:s uppgifter ingår att lyssna, förklara, motivera patienterna att själva klara av så många dagliga aktiviteter som möjligt och att motivera patienten att ta emot hjälp (Olsson et al. 2012). Information från bedömningar behöver kommuniceras inom teamet med de olika yrkeskategorier som

är aktuella för patientens behov av behandling och vårdinsatser. CM behöver också kommunicera med patienten om vad samtalen med andra vårdgivare inneburit, genom att berätta om deras bedömningar och vad som är betydelsefullt i det stöd och de insatser som behövs. När patienten med schizofreni skrivs ut från sjukhuset krävs en korrekt informationsöverföring till mot-tagande öppenvårdsmottagning (Hedberg, Cederborg & Johansson, 2007). Liknande krav bör också gälla när patienten ska läggas in på sjukhus från psykiatrisk öppenvård, liksom vid samverkan med andra vårdgivare. Det finns styrdokument och riktlinjer som reglerar denna form av vårdplanering, men de är inte implementerade i verksamheten (Larsson, Bäck-Pettersson, Kylén, Marklund, Gellerstedt & Carlström, 2019).

Funktion

Funktion och hälsa påverkas av kulturella och sociala faktorer, såsom attityder, värderingar och människosyn. För patienter med schizofreni är det viktigt att CM förstår och kan hantera hur patientens beteende och inställning till bedömning och behandling påverkas av dennes aktuella hälsostatus (Mills & Babrow, 2003). Patienter med schizofreni påverkas av förlust av sina sociala och intellektuella egenskaper, har ett avflackat känsloliv och det är vanligt med bristande intresse för sig själv och omgivningen (Kay & Opler, 1987). Dessa bakomliggande faktorer påverkar i hög grad både individen och dennes närstående (Hjärthag et al., 2010).

Förlusten av kognitiva förmågor som följer sjukdomen, ger upphov till svårigheter att klara av livets dagliga aktiviteter (Harvey, Deckler, Jines, Jarskog, Penn & Pinkham, 2019). Det är inte ovanligt att patienten behöver stöd och hjälp av CM för att klara av att hålla reda på vissa saker och genomföra vissa uppgifter. Förmågan att exempelvis passa tider är ett exempel på svårighet eller att komma ihåg hur en uppgift ska genomföras, detta trots att patienten gjort samma sak förut (American Psychiatric Association, 2013; Karilampi et al., 2007). CM behöver ha emotionell kapacitet för att kunna möta patienten när störningar i de kognitiva funktionerna leder till svårigheter att känna

igen och tolka andra personers ansiktsuttryck och förstå sina egna känslor. Dessa svårigheter bidrar till att förmågan att uttrycka sig och att kommunicera försämras (Fisher et al., 2008; Green et al., 2000; Rydin, 1999). Forskning visar att 37 % av patienter med schizofreni överskattar sin funktion, vilket visar att bedömning av funktionskapacitet viktigt, för att inte riskera att patienten missar adekvata stödåtgärder (Olsson et al., 2019a).

Psykisk hälsa och förbättrad livskvalitet

För de flesta av oss är psykisk hälsa som något naturligt och självklart i våra liv. Tillfredställande hälsa är en resurs och ett centralt levnadsvillkor i sig. En viss nivå av hälsa anses vara en förutsättning för att klara av vardagens vanliga påfrestningar, för att kunna arbeta produktivt och kunna utöva vissa fritidssysslor (Folkhälsomyndigheten, 2019; Östberg, 2001). Patienter med schizofreni har problem att hantera upp- och nedgångar i vardagen och i livet i stort. Sjukdomen i sig är en svårighet för patienten, liksom att uppnå sina egna mål och att känna tillhörighet och levnadsglädje (Bremberg & Dalman, 2015). Det något som en CM bör uppmärksamma (Westerhof & Keyes, 2010). Huruvida en patient anser sig vara sjuk eller inte, påverkas av omgivningens uppfattning och anses grunda sig på den egna kulturens rådande hälsofilosofi och människosyn (Harvey et al., 2009; Helldin et al., 2012). Enligt Petrov och Dafinoiu (2018) påverkas upplevelsen av hälsa av i vilken utsträckning en individ har förmåga att hantera svåra situationer i livet. En patient med schizofreni kan behöva hjälp att få sjukdomen begriplig och hanterbar samt få stöttning i att känna meningsfullhet i tillvaron för att bättre kunna hantera sin livssituation (Antonovsky, 1979; 1987).

Oavsett om patienten var i remission eller inte, visade resultatet i studie II att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan patientgrupperna med avseende upplevelsen av besvär. Det fanns dock skillnader i upplevd livskvalitet. Resultatet kan jämföras med annan forskning som visar att symtom och funktion påverkar patientens vardagsliv (Jedrasik-Styla et al. 2012, Kim, et al. 2013) och att remission hänger

samman med förbättrad livskvalitet (Haynes et al. 2012). Förhållandet mellan remission och livskvalitet är emellertid inte entydigt och beror möjligen på olika mätmetoder. Studiens (II) resultat kontrasterar mot Pinna et al. (2013), som menar att självskattade upplevelser av livskvalitet från patienter i remission respektive icke remission inte skiljer sig åt. Att patienterna i studien II inte upplevde skillnad i besvär oavsett remissionsstatus kan förklara varför patienten ofta saknar motivation att ta emot stöd och behandling (Olsson et al. 2012b; Mwansisya et al. 2013)

I delstudien III framkom att förmågan att kunna skilja mellan olika områden hade förbättrats, samtidigt som patientens funktions-svårigheter hade minskat. Det framgår av att antalet patienter i symtomatisk remission ökade från 105 vid baslinjen till 158 vid fyraårsuppföljningen. Definitionen av remission är att vid remission så får det fortfarande kvarstå symtom men dessa får, till skillnad mot då patienten inte är i remission, inte påverka funktionen. Parallellt hade dessutom antalet patienter som varit inlagda på sjukhus under de senaste tolv månaderna, minskat för patientgruppen. Även om resultaten från denna studie visar att patienter i symtomatisk remission ökade, är tidigare forskning inte entydig. Patienternas vardagsliv påverkas av symtom och funktion (Kim et al. 2013) och följderna av funktions-nedsättningar associeras med bristande remission (Haynes et al. 2012).

Inom den övriga forskningen i CLIPS-projektet undersöktes om den ökade andelen av patienter som uppnått remission kunde förklaras av andra förändringar i vården och då i första hand genom ändrad farmakologisk behandling. De 289 patienter som inkluderades i delstudie III undersöktes därför avseende vilken farmakologisk behandling gruppen hade vid första respektive fjärde årets undersökning. Undersökningen visade bara på mycket marginella förändringar mellan mätningarna, där andelen andra generationens läkemedel endast ökat med 1,7 % till totalt 75,4 % under den aktuella perioden (Helldin, Olsson-Tall & Kylén, 2019).

Remission är ett viktigt steg i återhämtningsprocessen och en nyligen framlagd studie (Johansson et al. 2017) visar att vid ett cut-off vid 3 poäng, som kriterierna för remission föreskriver (Andreasen et al., 2005; van Os et al., 2006; Lasser et al., 2007), var 70 % av patienterna fortfarande i remission efter tre år och 60 % av dem efter fem år. Det kan jämföras med att 90 % av patienterna som hade högst 2 poäng på samtliga remissionsitem hade en fortsatt remission efter såväl tre som fem år.

Recovery är det mål för återhämtning som används både inom somatisk och psykiatrisk vård för sjukdomar som inte är botbara men där patienten till följd av pågående behandling är symtomfri och fungerar normalt. Exempel på sådana somatiska sjukdomar är diabetes, reumatism och multipel skleros (MS). För schizofreni har det varit svårt att skapa en entydig definition av recovery. Stabilitet i sjukdomsförloppet över tid, minst två år, och normalisering av symtom och funktion är de bärande principerna (Lieberman et al., 2002). Tidigt i sjukdomen är det enklare att uppnå recovery. Innebörden av att uppnå recovery över tid och varaktigheten av uppnådd recovery över tid behöver studeras ytterligare (Johansson et al., 2017).

Det finns flera skäl till att graden av sjukdomsinsikt regelbundet bör utvärderas professionellt vid psykiatriska hälsoundersökningar, exempelvis av en Case Manager (CM) (Belvederi Murri & Amore, 2019). Avhandlingen visar att en upprepad bedömningsprocess ökar patienternas förmåga att kommunicera om sin sjukdom och att inse konsekvenserna av den. Vid upprepade bedömningar av CM utifrån semi-strukturerade intervjuer och efterföljande samtal, ökar möjligheterna att brister i patientens funktionsförmåga upptäcks. Förebyggande åtgärder kan då vidtas som ökar utsikterna för till att fler patienter uppnår remission. Alternativet till semi-strukturerade intervjuer är ett öppet samtal mellan patient och vårdgivare där patienten spontant beskriver sitt tillstånd och svarar på öppna frågor. Även om en sådan behandling är vanlig, är risken stor att nödvändiga behandlingsinsatser uteblir. I förlängningen medför detta en ökad risk

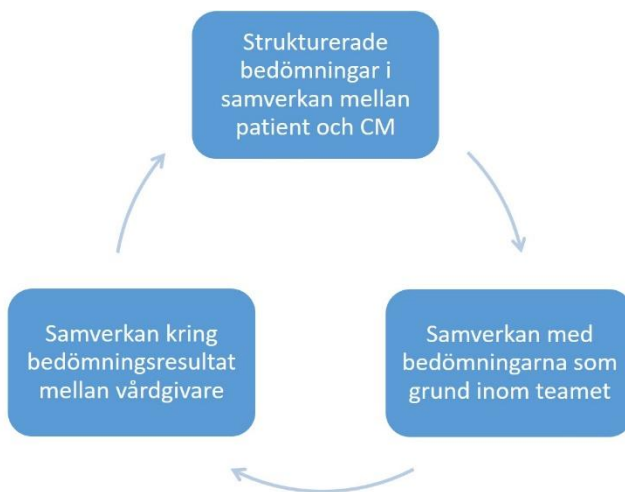
för recidiv, vilket ofta leder till att funktionsförmågan påverkas negativt (Lieberman et al. 2001). När förebyggande åtgärder uteblir kan det resultera i en onödig sjukhusinläggning (Bianco et al. 2012, Woodhams et al. 2012).

Resultatet av studie IV visar att bedömningssamtalen anses främja remission för patienter med schizofreni. Det är dock inte den enda faktorn. Informanterna framhöll vikten av professionell kompetens, att bedömningarna sker strukturerat med korrekta jämförelser av patientens status och att själva processen vid bedömningarna utgjorde ett viktigt underlag för vård och behandlingar. Dessa tre faktorer tycks bilda en kausalkedja, där kompetensen är en förutsättning för en god struktur och strukturen bidrar till en smidig process (Carlström 2015).

Grunden är således kompetens, som enligt deltagarna är kunskaper om psykosjukdom och god förtrogenhet med definitioner och kriterier vid skattning. Det är tydligt att det inte enbart är grundutbildning som krävs utan det betonades även nödvändighet av att ha både specialiserad medicinsk kunskap och omvårdnads kunskap inom psykiatrisk vård. Detta ligger i linje med Lahti (2019) som understryker att kompetens inom psykiatrisk vård inte bara handlar om att behandla psykosymtom utan också om att kunna bedriva ett kvalificerat förebyggande och hälsofrämjande arbete.

För att i avhandlingens studier kunna genomföra säkra och korrekta bedömningar av symtom, funktion, biverkningar och patientens totala situation, krävdes kunskap om de olika skattningsinstrumenten vilket inbegrep definitioner och kriterier som bedömningen utgick från. Kompetenta medarbetare med lång erfarenhet kalibrerade instrumentens skala regelbundet vilket bidrog till hög validitet. Det stämmer väl med andra studier där skalor och skattningar har använts. Sadler, Yamamoto, Khurana & Dallabrida, 2017) framhåller att brist på utbildning, kompetens och goda bedömnings-rutiner är en vanligare orsak till skillnader i bedömningar än brister i instrumenten i sig.

Utifrån analys av delstudierna, utkristalliserades avhandlingens centrala budskap: Genom frekventa strukturerade bedömningar av hälsotillståndet hos patienter med schizofreni, framkommer uppgifter som utgör grunden för optimal vård och behandling och kvalitetssäker dokumentation. Den samlade bedömningen kommuniceras inom teamet och för samverkan mellan berörda professioner utifrån patientens behov. När behoven är av sådant slag att andra vårdgivare behöver engageras, initieras och genomförs samordnad vårdplanering i öppenvård. Denna bedömningsprocess är cirkulär och innehåller återkommande faser. Ny bedömning bygger alltid på patientens aktuella hälsostatus, funktion, liksom på att behovet av stöd och insatser uppdateras efter hand (Figur 3).



Figur 3. Den cirkulära bedömningsprocessen.

Olsson-Tall, 2019

Resultaten av denna avhandling understryker värdet av strategiska och långsiktiga behandlingsmål. Vägen till remission kan, som resultaten från denna avhandling visar, kräva årtal av konsekventa behandlingsinsatser. Avsaknaden av omedelbara effekter kan motverka CM:s förmåga att vara konsekvent och genomtänkt i behandlingsarbetet. Även om hindren är många, exempelvis personalbyten, underbemanning, organisationsförändringar och besparingar, kan ändå

vinsterna uppväga svårigheterna. Målet att uppnå recovery, det vill säga en optimering av patientens situation vid en sjukdom som kanske inte är botbar, innebär ett win-win scenario för både patient och samhälle, och inte minst stor arbetstillfredsställelse för den personal som konsekvent och uthålligt bidragit till patientens förbättring. Det är bekymmersamt att processerna fortfarande är oklara när det gäller patienter med psykotisk sjukdom, även om det finns uttalade ambitioner att förbättra planeringen av insatser (SFS 2017:30; Socialstyrelsen 1999, WHO, 2004). En förhoppning är att resultaten av denna avhandling kan inspirera till en tydligare struktur, klarare mål och förbättrad involvering av patienten i behandlingsarbetet.

10 METODOLOGISKA ÖVER- VÄGANDEN & BEGRÄNSNINGAR

10.1 Delstudie I

Vid studiens start upprättades en detaljerad tidplan för delstudierna och deras respektive metoder. Det upplevdes som en styrka för att hålla ett strukturerat och vetenskapligt arbetssätt under datainsamling och analys. Även, som det tidigare nämnts, det gjordes justeringar i delstudiernas inriktning, planerades ändå metoderna noggrant. Forskarens förförståelse sågs som en tillgång, men också en risk när det gällde att göra iakttagelser utöver det mest uppenbara. Under tolkningsprocessen fanns en strävan att vara textnära och samtidigt reflektera med hjälp av litteraturen under analysprocessen (Lundman & Graneheim, 2008).

Cheferna inom den psykiatriska öppenvården uppmanades, på grund av upptagningsområdets stora geografiska avstånd, att tillfråga sjuksköterskor med specialistutbildning från de mottagningar som låg nära den lokal där fokusgruppsintervjuerna skulle genomföras. Det medförde att psykiatrins informanter representerade öppenvårdsmottagningar i tätort, medan primärvårdens informanter representerade både tätort och glesbygd. Det kan ha påverkat resultatet i den meningen att psykiatrins sjuksköterskor var vana att bedöma patienter som hade nära till mottagningarna. Det kan betyda att informanterna inte till fullo belyst den ansträngning som vårdplaneringen innebär för patienter som har lång väg till mottagningen.

Samtliga informanter tog ett stort ansvar för att dela med sig av sin erfarenhet, de deltog aktivt i det strukturerade samtalet och bekräftade varandra genom verbal respons, kroppsspråk och skratt. De talade till större delen med varandra om ämnet utan att moderatoren behövde gripa in. Moderatoren gick endast in med följdfrågor om något behövde förtydligas och behövde aldrig avbryta eftersom inga tecken på obehag hos informanterna framkom (Kitzinger, 1994).

Då det totala antalet informanter var begränsat (n=10) och endast fem representerade den psykiatriska öppenvården fanns en risk för att vårdplaneringsprocessen inom psykiatrin inte blivit tillräckligt belyst (Field, 2011; Polit & Beck, 2016). Denna risk kompensterades med att informanterna som inkluderades var erfarna. Genom att samla informanterna från psykiatrin i en grupp kunde kunskapen om vårdplaneringsprocessen i den psykiatriska öppenvården fördjupas.

Kvalitativ innehållsanalys valdes eftersom studiernas syften var att undersöka informanternas erfarenheter av samordnad vårdplanering (I) respektive uppfattning om vad som främjade remission (IV) (Graneheim & Lundman, 2004; Graneheim et al., 2017).

Att utgå från giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet stärker bedömningen av trovärdighet i en kvalitativ studie (Lundman & Graneheim, 2008). En tydlig redovisning av datainsamling, hantering av information samt metod bidrar till att stärka trovärdigheten.

Texten analyserades först individuellt, för att få en djupare förståelse för materialet, därefter diskuterades texten gemensamt av två av författarna och slutligen med de övriga (Lundman & Graneheim, 2008; Polit & Beck, 2016).

Kategorier bör enligt Krippendorff (2004) beskrivas uttömmande och innehållet ska vara väl åtskilt från vardera kategorin. Genom att vara observant på denna svårighet, och att jämföra subkategorierna mot varandra, kunde kategorier skapas. Därefter jämfördes subkategorierna gentemot de olika kategorierna. Kategorierna ställdes upprepade gånger mot syftet och jämfördes med originaltexten. Trovärdigheten stärks genom en försäkran om att kategorierna har sitt ursprung i materialet (Fatahi et al., 2009).

Eftersom syftet var att beskriva psykiatrisjuksköterskors och distriktssköterskors erfarenheter, presenterades resultatet som en möjlig och rimlig tolkning av deras erfarenheter.

10.2 Delstudie II

Självskattningarna i studie II utgörs endast av ett skattningstillfälle för respektive patient. Dessutom var det en heterogen grupp som bestod av patienter med olika lång erfarenhet av självskattningar, det vill säga både de som var relativt ovana och de som genomfört självskattningar vid upprepade tillfällen. Spridningen i skattningsvana kan antas ge en överskådlig bild över förmågan till självskattning för patienter med psykossjukdom i öppen vård. Denna studie ger dock ingen information om hur den enskilde patienten självskattat sin upplevelse av besvär och livskvalitet över tid och visade därmed på behovet av vidare forskning.

10.3 Delstudie III

Uden den tid som studie III avser, har den svenska psykiatriska vårdorganisationen genomgått en rad förändringar som bland annat resulterat i färre vårdplatser inom den slutna vården. Därför kan ett färre antal vårddygn delvis förklaras av en minskad tillgång av vårdplatser.

10.4 Delstudie IV

Forskningsfrågan till delstudie IV styrde valet av metod (Graneheim & Lundman, 2004). Vid studiens start var planen att inkludera informanter strategiskt med både lång och kort yrkeserfarenhet av psykiatrisk vård. Problem att inkludera informanter med kortare yrkeserfarenhet uppstod emellertid av två skäl; flera CM hade slutat sin anställning på öppenvårdsmottagningen och de som nyligen börjat arbeta där, hade ännu inte lärt sig alla grundläggande uppgifter.

Informanterna svarade inte alltid direkt på frågorna, men alla gav detaljerade beskrivningar och exempel på sin uppfattning om vad, förutom läkemedel, som främjar remission i deras arbete. Redan under de första intervjuerna framkom information med en vidare beskrivning av kontexten än frågeställningarna, vilket var betydelsefullt för studiens resultat. Datamaterialet hade så kallad stark informationskraft (Malterud, Siersma & Guassora, 2016). Studiens resultat kan inte generaliseras till att gälla all psykiatrisk öppenvård. Men de uppfattningar som redovisas här kan överföras till verksamheter med liknande arbetssätt. Författarnas förförståelse kan visserligen ha påverkat forskningsprocessen, men samtliga var medvetna om sin förförståelse, strävade efter att hålla sig nära informanternas utsagor och samtidigt reflektera mot litteraturen, vilket kan stärka trovärdigheten (Roberts & Priest 2006).

11 SLUTSATSER

11.1 Delstudie I

Resultatet visar att vårdplaneringar som genomförs i öppenvård och som bidrar till samförstånd, mellan patienten och andra vårdgivare, är framgångsrika. Ett samförstånd kan resultera i en vård som motsvarar förväntningarna och förebygga onödiga sjukhusinläggningar.

Den psykiatriska öppenvården förväntas beakta det som berör patientens fysiska och psykiska tillstånd och funktion. För att lyfta fram omvårdnadsbehoven och få till stånd de insatser som patienten har behov av, krävs ett samförstånd mellan patienten och ansvariga vårdgivare. Med ökad kunskap hos distriktssköterskor och psykiatri-sjuksköterskor om dessa omvårdnadshandlingar, blir möjligheterna större att hjälpa och stödja patienten vid vårdplaneringar.

Ett huvudresultat av studien är värdet i att lägga stor vikt vid kommunikation vid omvårdnadshandlingar och att dessa baseras på samförstånd mellan patienten och ansvariga vårdgivare. Det bidrar till rimliga förväntningar och förebygger onödiga sjukhusvistelser.

11.2 Delstudie II

Resultatet visar att patientens självskattningar inte samvarierar med sjuksköterskans bedömningar. Därmed föreligger en risk, vid ett öppet samtal eller inhämtade uppgifter genom självskattning, för att den information som patienten rapporterar om sitt hälsotillstånd inte är tillräcklig för att kunna säkerställa att nödvändiga behandlingsinsatser kommer till stånd. Studien visar dessutom att patientens upplevelse av besvär inte påverkas av om det föreligger remission eller inte. En konsekvens av resultaten är att behandling och utvärdering av behandling, inte enbart kan byggas på rapporterade uppgifter. Studien antyder därmed att vården inte kan baseras på att ansvaret för insamling

av uppgifter väsentligen läggs på den enskilde patienten. CM:s skattningar uppfattas som relevant information om patientens funktion. En annan tentativ slutsats är att CM behöver utbildas för att kommunicera resultatet av sin bedömning med patienten.

11.3 Delstudie III

Resultatet visar att differensen mellan utfallet av skattningar av patient och CM från baslinjen och till fyraårsuppföljningen minskade över tid. Det tyder på att patientens förmåga att bedöma sin situation förbättrades under de fyra år studien omfattade och att CM blev bättre på att förstå patientens situation. Dessutom ökade differensen mellan patientens självskattningar av besvär och livskvalitet, vilket tyder på att patientens förmåga att särskilja dessa förbättrades. Även det faktum att SF-36 är ett instrument som innehåller konkreta frågor som hjälper patienten att värdera sin situation, kan ha bidragit till förbättringen.

Att patienten genomför upprepade självskattningar och att CM genomför intervjuer där allt sammantaget ligger till grund för bedömningar och fortsatta behandlingsinsatser, kan vara en anledning till att fler patienter uppnår remission.

11.4 Delstudie IV

Studien synliggör framgångsfaktorer som bidrar till att främja remission hos patienter med schizofreni i psykiatrisk öppenvård. Studien visar att bedömningsprocessen har stor betydelse i det remissionsfrämjande arbetet. Den hjälper till att ”hålla sjukdomen under uppsikt” och ger CM och team ett verktyg att involvera och ”rätt” stödja patienterna att leva ett hälsofrämjande liv.

12 IMPLIKATIONER

Under avhandlingsarbetet har några tankemönster vuxit fram som en grund för ett antal implikationer. Avhandlingen tydliggör vikten av att den psykiatriska verksamheten har en organisering, ledning, kompetens och resurser, som möjliggör kommunikation och dialog mellan; patienten och CM, patienten och vårdpersonalen, inom vårdteamet samt det interna och externa vårdsystemet. Den interaktiva ”väv” som då uppkommer möjliggör ett lärande som verkar öka kapaciteten för att ”bedömning i samverkan” kan utvecklas. Därmed ges ett allt bättre underlag för patienten att få och för vårdverksamhet att ge, behandling och insatser som leder till remission och en väg till ett bättre liv vid schizofreni.

Den kommunikativa väven, samverkan (samtalen, samarbetet, sam-ordningen), den strukturerade bedömningsstrukturen och den gemensamma bedömningen bildar tillsammans det som vuxit fram med benämningen ”Bedömning i Samverkan”. Det finns anledning att understryka vikten av dessa komponenter i psykiatriska vårdverksamheter. Dessutom är det värt att notera att det arbetssätt som här kommit att kallas ”Bedömning i Samverkan” har vuxit fram genom att forskning (CLIPS-studien) pågått så länge i vårdmiljön att det vetenskapliga arbetssättet påverkat hur bedömning, revidering av behandlingsplaner och förhållningssätt utformats. Därmed har vård och behandling utvecklats. Det leder till implikationen att verksamhetsnära klinisk forskning bör pågå kontinuerligt i verksamheter som har schizofreni-behandling. Det gäller troligtvis även andra psykiska sjukdomar. Bedömning i samverkan, med alla dess komponenter, kan vara en omfattande del av förklaringen till remission hos allt fler patienter, i längre perioder än vad som varit fallet tidigare. Behovet av att genomföra regelbundna skattningar och samordnade vårdplaneringar som ger resultat, ställer nya krav på personalen inom psykiatrisk öppenvård.

Nedan följer några viktiga aspekter att betona med utgångspunkt i ovanstående text och som baseras på avhandlingens resultat. Dessa kan förbättra förutsättningarna för ett bättre liv för patienter med schizofreni inom olika områden

- Betrakta kommunikationen om patientens sjukdom vid det psykiatriska handlingsarbetet som en väg till remission.
- Använd lämpliga, validerade och samtalsstimulerande psykiatriska bedömningsinstrument vid återkomande psykiatriska hälsoundersökningar.
- Ta hjälp av de frågeställningar som finns i bedömningsinstrumenten vid det dagliga behandlingsarbetet.
- Öva på att samtala med patienten om dennes sjukdom på en metanivå.
- Utveckla tålmod, det behövs tid och upprepade samtal, kanske under flera år för att stötta patientens insikt.
- Förbättra CM:s kunskaper om patientens sjukdom, remission, bedömningsinstrument och kommunikation
- Låt öppenvårdsteam motiveras i sitt arbete av den potentiella nytta bedömningsamtal kan ha för patienten.
- Delegera det formella ansvaret till de sjuksköterskor som initierar och genomför vårdplanering, för att öka säkerheten så att beslut om vård och behandling blir förankrade hos patienter, närstående och vårdpersonal.

- Utveckla en gemensam kunskapsbas där respektive yrkesgrupps specifika kompetens tillvaratas så att vårdpersonal från olika organisationer intensifierar ett ömsesidigt lärande.
- Öka kunskapen om begreppet remission som behandlingsmål inom psykosvården, genom att starta utbildningar nationellt, regionalt och lokalt för beslutsfattare och personer på ledningsnivå.
- Tydliggör verksamhetsledningens roll i att skapa förutsättningar för CM och team att genomföra bedömningsprocessen inklusive utbildning, träning och teamsamverkan.

13 FORTSATT FORSKNING

Avhandlingen visar betydelsen av regelbunden bedömning som en väg till remission vid schizofreni. Som framgår av resultatet är det viktigt att fördjupa kunskapen om remissionsprocessen vid schizofreni dels i relation till patienternas självskattade livskvalitet och dels i relation till uppnådd funktionsförmåga.

Värdet av regelbunden semi-strukturerad uppföljning behöver studeras ytterligare, liksom betydelsen av de multiprofessionella teamens roll i remissionsprocessen. Sambandet mellan bedömningsinstrumentens innehåll och kommunikationen vid det dagliga behandlingsarbetet behöver stärkas i fler och mer omfattande studier, även om den sista delstudien tyder på att upprepad kommunikation om sjukdomen kan bidra till remission. Om sambandet kan fastställas och utfallet generaliseras kan öppenvårdsverksamheten få en ny och lovande inriktning.

Ett annat forskningsområde är att studera betydelsen av högre behandlingsmål då patienten uppnått remission och att studera relationen mellan uppnådd remission och varaktigheten av recovery över tid.

Avhandlingsarbetet har tydliggjort behovet av att även studera patienternas upplevelser av vårdplanering i öppenvård. Det finns även behov av ytterligare forskning utifrån praktiska, ekonomiska, organisatoriska och etiska aspekter vid samordnad vårdplanering i psykiatrisk öppenvård. Dessutom behöver vårdplanering mellan psykiatrisk slutenvård och öppenvård studeras ytterligare.

För att fördjupa kunskapen om vad som främjar remission behöver fenomenet studeras i en större grupp informanter i andra kontexter.

TACK

Jag är djupt tacksam till alla er som har bidragit på olika sätt och därmed har hjälpt mig under arbetet med denna avhandling. Jag är så glad att ni finns med i mitt liv och för det stöd och de råd ni gett mig.

Jag vill tacka alla er som deltog i studierna, patienter, case managers, distriktssköterskor, psykiatrisjuksköterskor för ert samarbete och viljan att dela med er av erfarenheter och kunskap. Utan er skulle denna avhandling inte varit möjlig.

Jag vill uttrycka min tacksamhet till Enheten för allmänmedicin, Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, Institutionen för medicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet med professorerna Stefan Bergman, Cecilia Björkelund och Ulf Lindblad, forskningsadministratörerna Eva Deutsch och Pia Augustsson i täten, för stöd och inspiration, all information och praktisk assistans samt för den goda atmosfären som finns på enheten.

Ett stort tack vill jag rikta till FoU primärvård Fyrbodol, NU-sjukvårdens FoU-enhet och Lokala FoU-rådet i Fyrbodol, för beviljade forskningsmedel under tiden för min forskarutbildning.

Min tacksamhet vill jag också rikta till FoU primärvård Fyrbodol, NU-sjukvårdens FoU-enhet och Vuxenpsykiatrins FoU-verksamhet, för att jag har fått ta del av allt lärande och den varma och välkomnande atmosfären som alltid råder hos er. För doktorand- och forskningsträffar med intressanta och givande samtal samt trevliga möten med forskare och doktorandkollegor vill jag tacka Anna Bergenheim, Juri Kartus, Ninni Sernert, Saga Johansson, Leyla Roshani, Iris Van Dijk Härd, Staffan Isaksson, Madeleine Johansson, Anna-Karin Olsson och Hawar Moradi samt FoU-koordinatorerna Monica Blakstvedt och Annett Johansson, FoU primärvård Fyrbodol, tack för all hjälp vid små och stora frågor, praktisk och teknisk support och atmosfären ni skapar.

Till alla som arbetar inom de olika verksamheter vid FoU-centrum Fyrbodal i Vänersborg vill jag tacka för den fantastiska atmosfär som ni bidrar till. Den är något alldeles speciell!

Jag vill också uttrycka min tacksamhet till NU-sjukvårdens Vuxenpsykiatri som gett mig möjligheter att skriva denna avhandling, till Ulla Anderson som uppmuntrade mig att fortsätta den akademiska banan och beviljade mitt doktorandskap, till mina chefer Håkan Söderström, Göran Arthursson, Sten Blücher och Hans-Olof Lago som gett stöd och resurser att genomföra denna utbildning även när sjukdom påverkat mitt liv. Varmt tack till verkshetschef Kent Storm för telefonsamtal som visat omtanke och intresse för både mitt vetenskapliga arbete och hälsotillstånd.

Ett stort tack till Mattias Carlson, Christina Wetterlundh och Katharina Oleniusson för teknisk support och korrekta registreringar av mina beviljade forskningsmedel. Till alla mina fina arbetskamrater på Brinkåsens Gemensam 1 och reception vill jag rikta ett stort och varmt tack för praktisk och teknisk support, att ni alltid ger ett hjärtligt välkomnande med härlig glädje och mellanmänsklig värme. Jag är glad att vara en av er.

Tack till mina kollegor och arbetskamrater i forskningsteamet Britt-Marie Hansson, Ruth Johansson, Helena Sandegren, Sofia Sandersson och Camilla Skåån, för praktisk och teknisk support, er omtanke och det exceptionellt goda samarbetet över många år. Det är en ynnest att få arbeta med er!

Jag vill också tacka följande personer;

Min huvudhandledare Eric Carlström, professor vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, tack för att du delat med dig av din kunskap och ditt engagemang för mitt forskningsområde och för din enastående förmåga att komma in i mina texter. Tack för att du alltid är tillgänglig, din snabba respons och dina pedagogiska inslag som varit lärorika och utvecklande för mitt

skrivande. Jag är tacksam och stolt att jag fick vandra den vetenskapliga och akademiska vägen mot disputationen, med dig vid min sida.

Min biträdande handledare Bertil Marklund, professor, allmänläkare, Institutionen för medicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, tack för att du har delat med dig till mig av din kunskap och dina pedagogiska råd. Tack för din förmåga att på ett positivt, pedagogiskt och tydligt sätt, lära ut att se delarna, helheten och strukturen samt ditt intresse för att vilja utveckla mer kunskap inom annan kontext. Det har berikat mig.

Min biträdande handledare Sven Kylén, PhD, FoU-chef primärvården i Fyrbodal, ordförande i Lokala FoU-rådet och verksamhetsledare för Fyrbodals Hälsoakademi, tack för en mycket god samverkan under senaste decenniet, att du alltid ser möjligheterna, inte hindren samt för dina goda idéer och kloka ord. Tack för att du med ditt stora hjärta har tagit mig och mitt doktorandskap under dina vingar.

Min biträdande handledare Lars Helldin, docent, överläkare i psykiatri, chefsläkare Rättspsykiatri, NU-sjukvården, för allt gott samarbete under alla år som vi har följts åt inom den psykiatriska vården och för att du ofta har delat med dig av din kunskap och dina erfarenheter. Det har varit en intressant resa att vi även fått bidra till kunskapsutvecklingen inom vårt gemensamma forskningsområde.

Min mycket kära mentor Siv Bäck-Pettersson, sjuksköterska, PhD, medförfattare och forskningsledare vid FoU primärvård Fyrbodal för att du så givmilt och generöst delat med dig till mig av all din kunskap och dina erfarenheter genom åren, för stöd, uppmuntrande ord, medförfattarskap och handledning, med din fallenhet för formuleringar och mycket snabba respons är ditt signum; stringens och tillgänglighet. Jag är så glad att jag fått förmånen att ha dig som mentor under hela forskarutbildningen och för dina samtal som alltid fyllt mig med så mycket energi! Du har varit min akademiska moder - nu är du en vän för livet!

Jag vill tacka Gullvi Flensner docent, medförfattare och universitetslektor vid Högskolan Väst i Trollhättan för den kunskap du delat med dig som blir använd varje dag. Ett stort och innerligt tack till Fredrik Hjärthag, PhD, medförfattare, statistiker, studierektor vid Institutionen för sociala och psykologiska studier, Karlstad universitet, för gott samarbete och vänskap genom åren och för all statistisk kunskap som du har delat med dig på ett mycket pedagogiskt sätt, alltid med din stora värme till mig och alla som har förmånen att möta dig.

Ett stort och varmt tack till FoU-koordinatören Eva Larsson, FoU primärvård Fyrbodals för din vilja och förmåga att alltid ge stöd och hjälp vid alla slags frågor, värdefull korrekturläsning och för ovärderlig teknisk support. Vi som arbetar kring dig är privilegierade, som alltid får ta del av din omtanke och ditt fina bemötande. Jag vill också tacka kollegorna Tina Arvidsdotter, PhD och Malin Östman, doktorand för att jag fått ta del av er kunskap och praktisk support samt för fina och givande samtal om forskning och livet.

Ett stort och innerligt tack till min mycket kära vän, tidigare doktorandkollega och medförfattare Lena G Larsson, PhD, distriktsköterska, forskningsledare för alla trevliga och intensiva timmar vi haft på dagar, kvällar och nätter med studier, formuleringar, analyser och tentamina. Tack också för många och långa resor med studiearbete under färden till kurser och utbildningar vid olika lärosäten i landet för att fylla på med ny intressant och användbar kunskap. Tack för all teknisk kunskap som du delat med dig, din omtanke och ditt stöd och alla härliga stunder som vi haft tillsammans!

Anita & Rolf Andersson, Marianne & Conny Johansson, Kristina Brunberg & Jonas Hjalmarsson, Kerstin & Lars Blomgren, Maria & Tomas Hjelm, Carina Edén, Kerstin Ludwell och Katarina Pettersson, Victoria Ludwell, tack för omtankar och praktiska insatser, för intresset för mitt avhandlingsarbete, för god och lång vänskap, trots att jag vissa gånger har avstått gemensamma aktiviteter till förmån för studierna. Tack också till släktingar, övriga vänner och bekanta, nu kommer jag kunna vara mer social och få njuta av ert sällskap.

Marie Sjöström min fantastiska väninna som alltid finns till för mig och alla andra, en vän i nöden – väl beprövad! Tack för din omtanke, din positiva inställning till livet och alla de mysiga stunder som vi haft tillsammans. Nu ska det inte behöva gå så lång tid mellan våra värdefulla träffar.

Jag vill tacka mina svärföräldrar Anita & Olle Olsson postumt, som uppmuntrade mig att läsa vidare till sjuksköterska. Det väckte mitt intresse för att lära mig så mycket mera.

Postumt tack till mina fina föräldrar Elwy & Arvid Henriksson för Er kärlek med omtanke och uppmuntran i allt, men utan stora förväntningar eller krav, under den alldeles för korta tid jag fick ha er i livet.

Noomi & Leif Nilsson, min kära syster och käre svåger, tack för alla kloka ord, praktiska insatser och värdefull korrekturläsning samt alla trevliga stunder vi haft tillsammans som gett mig glädje och energi under den akademiska färden.

Avslutningsvis vill jag tacka mina tre fina och älskade barn Alexander, Josephine och Felix för att ni stöttade mig när jag ville påbörja denna långa resa och för den tid tillsammans som ni fått avstå under forskarutbildningens gång. Tack för era omtankar som visat sig genom praktiskt stöd och hjälp, konkreta synpunkter under avhandlingsarbetet, översättning, fotografering och alla uppmuntrande ord. Nu kommer jag att kunna få umgås mer med er igen. Stort tack också till min käre måg Peter för trevliga stunder tillsammans, din omtanke om oss och många hjälpande insatser. Tack till min kära svärdotter Lily för att du kom in i vår familj och till mina goa barnbarn, för all glädje ni ger mig. Min familj - jag är så glad att ni alla finns i mitt liv!

Tack Leif, min älskade make och livskamrat, för all din uppmuntran och ditt stöd under arbetet med denna avhandling. Du har jämnat vägen, både bildligt och bokstavigt, genom exempelvis korrekturläsning och att servera mig mat och dryck under arbetets gång vid många sena

kvällar och nätter. Tack för att du alltid har trott på min förmåga och för att du ser det friska. – Tack för ett underbart liv tillsammans!

Maivor

REFERENSER

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. (5th ed.). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2019). *What is schizophrenia?* Washington, DC, US: American Psychiatric Association. Hämtad 2019-08-16 från <https://www.psychiatry.org/patients-families/schizophrenia/what-is-schizophrenia>
- Andreasen, N.C., Carpenter, W.T., Kane, J.M., Lasser, R.A., Marder, S.R. & Weinberger, D.R. (2005). Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus. *American Journal of Psychiatry*, 162, 441-449. <https://doi.0.1176/appi.ajp.162.3.441>
- Andreasen, N.C. & Olsen, S. (1982). Negative vs Positive Schizophrenia Definition and validation. *Archives of General Psychiatry*, 39(7), 789-794.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*. San Francisco: Jossey-Bass. ISBN: 0875894127, 9780875894126
- Antonovsky, A. (1987). The Jossey-Bass social and behavioral science series and the Jossey-Bass health series. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass. Svensk översättning: *Hälsans mysterium*, 1991. Stockholm: Natur och Kultur.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725-733. [https://doi.10.1016/0277-9536\(93\)90033-Z](https://doi.10.1016/0277-9536(93)90033-Z)
- Arango, C., McMahon, R.P., Lefkowitz, D.M., Pearlson, G., Kirkpatrick, B. & Buchanan, R.W. (2008). Patterns of central, brain and sulcal CSF volumes in male and female deficit and no deficit patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 162, 91-100.
- Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (2006). Integration and collaboration in public Health - a conceptual framework. *International journal of health planning and management*, 21(1), 75-88. <https://doi.10.1002/hpm.826>
- Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (2007). Samverkan och folkhälsa - begrepp, teorier och praktisk tillämpning. I: R. Axelsson & S. Bihari Axelsson (Red.), *Folkhälsa i samverkan – mellan professioner, organisationer och samhällssektioner*, 11-31. Lund: Studentlitteratur.
- Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (2013). Samverkan som samhällsfenomen – några centrala frågeställningar. I: B. Axelsson, S. Bihari Axelsson (Red.), *Om samverkan - för utveckling av hälsa och välfärd*, 17-38. Lund: Studentlitteratur.

- Baker, A., Leak, P., Ritchie, L.D., Lee, A.J. & Fielding, S. (2012). Anticipatory care planning and integration: a primary care pilot study aimed at reducing unplanned hospitalization. *British Journal of General Practice*, 62(595), 113-120. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X625175>
- Beer, M.D. (1996). The dichotomies: psychosis/neurosis and functional/organic: a historical perspective. *History of Psychiatry*, 7(26), 231-255. <https://doi.org/10.1177/0957154X9600702603>
- Beers, M. & Berkow, R. (2004). *Schizophrenia and Related Disorders*. New Jersey, US: Whitehouse Station.
- Belvederi Murri, M. & Amore, M. (2019). The Multiple Dimensions of Insight in Schizophrenia-Spectrum Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 45(2), 277-283. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby092>
- Bianco, A., Molè, A., Nobile, C.G.A., Giuseppe, G.D., Pileggi, C. & Angelillo, I.F. (2012). Hospital readmission prevalence and analysis of those potentially. *PLoS One Journal*, 7 (11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048263>
- Björkman T., Angelman, T. & Jönsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: A cross sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2), 170-177.
- Blomqvist S. (2009). *Kompetensutnyttjande i mångprofessionella psykiatriska team*. Doktorsavhandling. Institutionen för beteendevetenskap och lärande. Linköping: Linköpings Universitet.
- Bleuler, E.P. (1930). The physiogenic and psykogenic in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 87(2), 203-211. <https://doi.org/10.1176/ajp.87.2.203>
- Bleuler, M. & Bleuler, R. (1986). Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien: Eugen Bleuler. *The British Journal of Psychiatry*, 149 (5), 661-664. <https://doi.org/10.1192/bjp.149.5.661>
- Bremberg, S. & Dalman, C. (2015). *Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd: en kunskapsöversikt*. Stockholm: Forte.
- Brown, A. & Derkits, E. (2010). Prenatal Infection and Schizophrenia: A Review of Epidemiologic and Translational Studies. *The American Journal of Psychiatry*, 167(3), 261-280. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09030361>
- Brännström Forss, B. (2007). Må bra på äldre dar – ett hälsofrämjande samverkansprojekt. I: R. Axelsson & S. Bihari Axelsson (Red.), *Folkhälsa i samverkan – mellan professioner, organisationer och samhällssektioner*, 203-225. Lund: Studentlitteratur.
- Buber, M. (1994). *Jag och du*. I: M. Norell & C. Norell, (trans.). Ludvika: Dualis.
- Burns, T., Catty, J., Dash, M., Roberts, C., Lockwood, A. & Marshall, M. (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *British Medical Journal*, 335(7615), 336. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.39251.599259.55>

- Bäck-Pettersson, S., Sandersson, S. & Hermansson, E. (2014). Patients' Experiences of Supportive Conversation as Long-Term Treatment in a Swedish Psychiatric Outpatient Care Context: A Phenomenological Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 35, 127-133. <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.860646>
- Carlström, E. (2013). *Förändringsarbete i hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Carlström E. (2009) *Vårdchefer – konsten att leda*. Stockholm: Studentlitteratur.
- Carlström, E. & Jonsson, R. (2015). Organisatoriska bakslag i kommunal vård och omsorg: Erfarenheter från två svenska kommuner under mer än 10 år av förändringar. Centrum för kommunstrategiska studier – CKS. Linköpings universitet. *Nordiske organisationsstudier*, ISSN 1501-8237, 17(4), 52-72.
- Cohen, R.Z., Seeman, M.V., Gotowiec, A. & Kopala, L. (1999). Earlier puberty as a predictor of later onset of schizophrenia in women. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1059-1064.
- Craig, T.K.J., Garety, P., Power, P., Rahaman, N., Colbert, S., Fornells-Ambrojo, M. & Dunn G. (2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomized controlled trial of the effectiveness of specialized care for early psychosis. *British Medical Journal*, 6, 329, <https://doi.org/10.1136/bmj.38246.594873.7C>
- Creese, I. (1983). Classical and atypical antipsychotic drugs: new insights. *Trends in Neuroscience*, 6, 479-481.
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, L-F., Martin-Rodriguez, S.L. & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8, 188. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>
- De Hert, M., van Winkel, R., Wampers, M., Kane, K., van Os, J. & Peuskens, J. (2007). Remission criteria for schizophrenia: Evaluation in a large naturalistic cohort. *Schizophrenia Research*, 92, 68–73.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Bergbom, I., Brink, E., Carlsson, J., Johansson, I.L., Kjellgren, K., Lidén, E., Ohlen, J., Olsson, L.E., Rosen, H., Rydmark, M. & Stibrant-Sunnerhagen, K. for the University of Gothenburg Centre for Person-Centred Care (GPCC). (2011). Person-centered care – ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 248–251. <http://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>
- Elster, J. (1989). Social Norms and Economic Theory. *Journal of Economic Perspectives*, 3(4), 99-117. <https://doi.org/10.1257/jep.3.4.99>
- Emsley, R., Chiliza, B., Asmal, L. & Lehloeny, K. (2011) The concepts of remission and recovery in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(2), 114-121. <http://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283436ea3>
- Erikson, P. (2008). *Planerad kommunikation: strategiskt ledningsstöd i företag och organisation*. Malmö: Liber.
- Everitt, B.S. & Wykes, T. (2010). A dictionary for statistics for psychologists. Arnold, London, U.K. *British Journal of Educational Psychology*, 70(3), 469-472.

- Fatahi, N., Mattsson, B., Lundgren, S. & Hellström, M. (2009). Nurse radiographers' experiences of communication with patients who do not speak the native language. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 774–783. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05236.x>
- Field, A. (2011). *Discovering Statistics Using SPSS*. (3th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fisher, M., McCoy, K., Poole J.H. & Vinogradov, S. (2008). Self and Other in Schizophrenia: A Cognitive Neuroscience Perspective. *The American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1465-1472. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07111806>
- Folkhälsomyndigheten. (2019). *Begrepp psykisk hälsa*. Hämtad 2019-08-28 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/psykisk-halsa/begrepp-psykisk-halsa/>
- Frey, L. & Sunwolf, T. (2004). The symbolic-interpretive perspective on group dynamics. *Small Group Research*, 35, 277-306. <https://doi.org/10.1177/1046496404263771>
- Färdig, R., Kimby, L. & Wieselgren, I-M. (2018). *Årsrapport 2017. PsykosR – Nationellt kvalitetsregister för psykosjukdomar*. Hämtad 2019-07-30 från <https://www.psykosr.se/>
- Gerretsen, P., Chakravarty, M.M., Mamo, D., Menon, M., Pollock, B.G., Rajji, T. & Graff-Guerrero, A. (2013). Frontotemporoparietal Asymmetry and Lack of Illness Awareness in Schizophrenia. *Human Brain Mapping*, 34(5), 1035–1043. <https://doi.org/10.1002/hbm.21490>
- Gilje, N. & Grimmen, H. (2002). *Sambällsvetenskapernas förutsättningar*. Göteborg: Daidalos. ISBN 91-86320-81-5.
- Gillam, T. & Williams, R. (2008). Understanding schizophrenia: a guide for newly qualified community nurses. *British Journal of Community Nursing*, 13(2), 84-88. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2008.13.2.28160>
- Glant, H. (2010). *Ny i psykiatri – våra vanligaste sjukdomar, bemötande, behandling*. Stockholm: Gothia Förlag.
- Glisson, C., Schoenwald, S.K., Kelleher, K., Landsverk, J., Hoagwood, K.E., Mayberg, S. & Green, P. (2008). Therapist Turnover and New Program Sustainability in Mental Health Clinics as a Function of Organizational Culture, Climate and Service Structure. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35, 124-133.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Graneheim, U., Lindgren, B-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

- Granger, B.B., Sandelowski, M., Tahshjain, H., Swedberg, K & Ekman, I. (2009). A qualitative descriptive study of the work of adherence to a chronic heart failure regimen: patient and physician perspectives. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24, 308–315. <https://dx.doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181a4>
- Green, M. F., & Harvey, P. D. (2014). Cognition in schizophrenia: Past, present, and future. *Schizophrenia Research: Cognition*, 1(1). <https://doi.org/10.1016/j.scog.2014.02.001>
- Green, M.F., Kern, R.S., Braff, D.L. & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and function outcome in schizophrenia: are we measuring the “right stuff”? *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 119-136. <https://doi: 10.1155/2013/984932>
- Griffiths D., Morphet J., Innes K., Crawford K., Williams A. (2014). Communication between residential aged care facilities and the emergency department: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 51(11):1517–1523. <https://doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.06.002>
- Grimmen, H. & Gilje, N. (1995). *Samhällsvetenskapernas förutsättningar* (2 uppl.). Göteborg: Daidalos Förlag. ISBN: 9171730214.
- Gudelsky, G.A., Nash, J.F., Berry, S.A. & Meltzer, H.Y. (1989). Basic biology of clozapine: electrophysiological and neuroendocrinological studies. *Psychopharmacology*, 99, (Suppl. 1), 13-17. <https://doi.org/10.1007/BF00442553>
- Gunnarsen, M. (2007). Samverkan kring rehabilitering och den danska strukturreformen. I Axelsson, R & Bihari Axelsson, S. (Red.), *Folkhälso i samverkan – mellan professioner, organisationer och samhällssektioner*, 361-379. Lund: Studentlitteratur.
- Haggerty, J. L., Roberge, D., Freeman, G. K., & Beaulieu, C. (2013). Experienced continuity of care when patients see multiple clinicians: A qualitative metasummary. *Annals of Family Medicine*, 11(3), 262-271. <https://doi:10.1370/afm.1499>
- Harvey, P.D., Helldin, L., Bowie, C.R., Heaton, R.K., Olsson, A-K. & Hjärthag, F. (2009). Performance-based measurement of functional disability in schizophrenia: a cross national study in the United States and Sweden. *American Journal of Psychiatry*, 166, 821–827. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09010106>
- Harvey, P.D. & Pinkham, A. (2015). Impaired self-assessment in schizophrenia: Why patients misjudge their cognition and functioning. *Current Psychiatry*, 14(4), 53-59.
- Harvey, P.D., Deckler, E., Jones, M.T., Jarskog, L.F., Penn, D.L. & Pinkham, A.E. (2019). Autism symptoms, depression, and active social avoidance in schizophrenia: Association with self-reports and informant assessments of everyday functioning. *Journal of Psychiatric Research*, 115, 36-42. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.05.010>

- Haynes, V.S., Zhu, B., Stauffer, V.L., Kinon, B.J., Stensland, M.D., Xu, L. & Ascher-Svanum, H. (202). Long-term healthcare costs and functional outcomes associated with lack of remission in schizophrenia: a post-hoc analysis of a prospective observational study. *BMC Psychiatry*, 12(222), 1-10. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/222>
- Hedberg, B., Cederborg, A-C. & Johansson, M. (2007). Care-planning meeting with stroke survivors: nurses as moderators of the communication. *Journal of Nursing Management*, 15, 214-221.
- Heider, U., Fleissner, C., Zavrski, I., Kaiser, M., Hecht, M. & Jakob, C. (2006). Bone markers in multiple myeloma. *European Journal of Cancer*, 42, 1544-1553
- Helldin L. (2005) *Psykos – Förändrad verklighet*. [Psychosis – Changing Reality]. (3th ed.) Stockholm: Janssen-Cilag.
- Helldin, L., Cavallaro, R. & Galderisi, S. (2012). A functional comparison of patients with schizophrenia between the North and South of Europe. *European Psychiatry*, 27(6), 442-444. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.02.016>
- Helldin, L., Hjärthag, F., Olsson, A-K & Harvey, P.D. (2015). Cognitive performance, symptom severity, and survival among patients with schizophrenia spectrum disorder: A prospective 15-year study. *Schizophrenia Research*, 169, (1–3), 141-146. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.09.009>
- Helldin, L., Kane, J., Karilampi, U., Norlander, T. & Archer, T. (2006). Remission and cognitive ability in a cohort of patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 738-745. <https://doi.10.1016/j.jpsychires.2006.07.005>
- Helldin, L., Kane, J.M., Karilampi, U., Norlander, T. & Archer, T. (2007). Remission in prognosis of functional outcome: A new dimension in treatment of patients with psychotic disorders. *Schizophrenia Research*, 93, 160-168. <https://doi.10.1016/j.schres.2007.01.014>
- Helldin, L., Kane, J.M, Karilampi, U., Norlander, T. & Archer, T. (2008). Experience of Quality of Life and Attitude to Care and Treatment in Patients with Schizophrenia: Role of Cross-sectional Remission. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 12, 97-104. <https://doi.10.1080/13651500701660007>
- Helldin, L., Hjärthag, F., Olsson, A-K. & Harvey, P.D. (2015). Cognitive performance, symptom severity, and survival among patients with schizophrenia spectrum disorder: A prospective 15-year study. *Schizophrenia Research*, 169(1-3), 141-146. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.09.009>
- Helldin, L., Hjärthag, F., Olsson, A-K. & Kylén, S. (2019). *Clinical Long-Term Investigation of Psychosis in Sweden, CLIPS - utveckling av schizofrenivården genom verksamhetsnära forskning i NU-sjukvården*. Lokala FoU-rådet Fyrbodalen. FoU-rapport 2019:1. ISBN: 978-91-519-3469-3
- Henbest, R.J. & Stewart, M. Patient-centredness in the consultation. 2: Does it really make a difference? *Family practice*, 7(1), 28-33. <https://doi.org/10.1093/fampra/7.1.28>

- Higginson, I.J. & Gao, W. (2008). Caregiver assessment of patients with advanced cancer: concordance with patients, effect of burden and positivity. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(42), 42. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-42>
- Hilker, R., Helenius, D., Fagerlund, B., Skyttke, A., Christensen, K., Werge, T.M., Nordentoft, M. & Glenthøj, B. (2018). Heritability of Schizophrenia and Schizophrenia Spectrum Based on the Nationwide Danish Twin Register. *Society of Biological Psychiatry*, 83, 492–498. <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.08.017>
- Hjortsberg, C., Helldin, L., Hjärthag, F. & Löthgren, M. (2011). Costs for Patients with Psychotic Illness: Differences Depending upon State of Remission. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 14(2), 87-93.
- Hjärthag, F., Helldin, L., Karilampi, U. & Norlander, T. (2010). Illness – related components for the family burden off relatives to patients with psychotic illness in clinical practice. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 275-283. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0065-x>
- Hjärnfonden. (2019). *Vad är schizofreni?* Hämtad 2019-08-16 från <https://www.hjarnfonden.se/om-hjarnan/diagnoser/schizofreni/>
- Howes, O., McCutcheon, R. & Stone, J. (2015). Glutamate and dopamine in schizophrenia: An update for the 21st century. *Journal of Psychopharmacology*, 29(2), 97-115. <https://doi.org/10.1177/0269881114563634>
- Hyer, K., Fairchild, S., Abraham, I., Mezey, M. & Fulmer, T. (2000). Measuring attitudes related to interdisciplinary training: revisiting the Heinemann, Schmitt and Farrell attitudes toward health care teams scale. *Journal of Interprofessional Care*, 14(3), 249-258. <https://doi.org/10.1080/jic.14.3.249.258>
- Häfner, H., Riecher-Rössler, A., an der Heiden, W., Maurer, K., Fatkenheuer, B. & Löffler, W. (1993). Generating and testing a causal explanation of the gender difference in age at first onset of schizophrenia. *Psychological Medicine*, 23, 925-940. <https://doi.org/10.1017/S0033291700026398>
- Häfner, H. (2015). What is schizophrenia? 25 years of research into schizophrenia - the Age Beginning Course Study. *World Journal of Psychiatry*, 22, 5(2), 167–169. <https://doi.org/10.5498/wjp.v5.i2.167>
- Högberg, J. & Karlsson, L. (2016). *Sjuksköterskors attityder till patienter med psykisk ohälsa i somatisk vård: en litteraturstudie*. Karlstad: Karlstads universitet. Hämtad 2019-08-20 från <http://kau.diva-portal.org/smash/get/diva2:922886>
- Ivarsson, B., Lindström, L., Malm, U. & Norlander, T. (2011). The Self-Assessment Perceived Global Distress scale – Reliability and Construct Validity. *Psychology*, 2(4), 283-290. <https://doi.org/10.4236/psych.2011.24045>
- Ivarsson, B., Malm, U., Lindström, L. & Norlander, T. (2010). The self-assessment Global Quality of Life scale – reliability and construct validity. *International Journal of Psychiatry Clinical Practice*, 14(4), 287-297. <https://doi.org/10.3109/13651501.2010.487217>

- Janoutová, J., Janáčková, P., Šerý, O., Zeman, T., Ambroz, P., Kovalová, M., Vařechová, K., Hosák, L., Jiřík, V. & Janout, V. (2016). *Epidemiology and risk factors of schizophrenia*. *Neuroendocrinology Letters*, 37(1), 1-8.
- Jedrasik-Styla, M., Ciolkiewicz, A., Denisiuk, M., Linke, M., Parnowska, D., Gruszka, A., Jarema, M. & Wichniak, A. (2012). MATRICS consensus cognitive battery-standard for the assessment of cognitive functions in clinical trials in schizophrenia. *Psychiatria Polska*, 46(2), 261-271.
<https://europepmc.org/abstract/med/23214396>
- Jensen, C. & Kuosmanen, J. (2008) *Streta emot eller sträva tillsammans: om samverkan, brukarmedverkan och komplexitet i Miltonprojekten i Västra Götalands län*. (Rapport 5: 2008). Mölndal: FoU i Väst. Hämtad 2019-08-16 från
<http://hdl.handle.net/2077/18907>
- Johansson, C., Åström, S., Kauffeldt, A. & Carlström, E. (2013). Daily Life Dialogue Assessment in Psychiatric Care - Face Validity and Inter-Rater Reliability of a Tool Based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(6), 306-311.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.08.005>
- Johansson, M., Hjärthag, F. & Helldin, L. (2017). What could be learned from a decade with standardized remission criteria in schizophrenia spectrum disorders: An exploratory follow-up study. *Schizophrenia Research*, 195, 103-109.
- Jones, P.E. & Roelofsma, P.H.M.P. (2000). The potential for social contextual and group biases in team decision making: Biases, conditions and psychological mechanisms. *Ergonomics*, 43(8), 1129-1152.
<https://doi.org/10.1080/00140130050084914>
- Kabler, M.L. & Genshaft, J.L. (1983). Structuring decision-making in multidisciplinary teams. *School Psychology Review*, 12(2), 150-159.
- Kamdar, B.B., Shah, P.A., King, L.M., Kho, M.E., Xiaowei, Z., Colantuoni, E., Collop, N.A. & Needham, D.M. (2012). Patient-Nurse Interrater Reliability and Agreement of the Richards-Campbell Sleep Questionnaire. *American Journal of Critical Care*, 21(4), 261-269. <https://doi.org/10.4037/ajcc2012111>
- Kapur, S. & Remington, G. (2001). Atypical Antipsychotics: New Directions and New Challenges in the Treatment of Schizophrenia. *Annual Review of Medicine*, 52, 503-517. <https://doi.org/10.1146/annurev.med.52.1.503>
- Karilampi, U., Helldin, L., Hjärthag, F., Norlander, T. & Archer, T. (2007). Verbal learning in schizopsychotic outpatients and healthy volunteers as a function of cognitive performance levels. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22(2), 161-174.
<https://doi.org/10.1016/j.acn.2006.12.003>
- Katzenbach, J.R. & Smith, D.K. (1993). *The wisdom of teams*. Boston: Harvard Business School Press.
- Kay, S.R., Fiszbein, A. & Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-267.
<https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>

- Kay, S.R. & Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia: Its validity and significance. *Psychiatric Development*, 2, 79-103.
- Kay, S.R., Opler, L.A. & Lindenmayer, J.P. (1988). Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenia. *Psychiatry Research*, 23(1), 99-110. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(88\)90038-8](https://doi.org/10.1016/0165-1781(88)90038-8)
- Kim, K.R., Song, Y.Y., Lee, E.H., Lee, M., Lee, S.Y. & J.I. Kang, J.I. (2013). The relationship between psychosocial functioning and resilience and negative symptoms in individuals at ultra-high risk for psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47 (8) (2013), 762-771.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research: Introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311(7000), 299-302. <https://doi.10.1136/bmj.311.7000.299>
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of Focus Groups: The importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness*, 16, 103–121.
- Kraepelin, E. (1907). *Text book of the psychiatry*. (7th ed.) (trans. A.R. Diefendorf). London: Macmillan.
- Kraepelin, E. & Robertson, G. (1919). *Dementia praecox and paraphrenia*. Edinburgh: Livingstone.
- Kring, A.M., Gur, R.E., Blanchard, J.J., Horan, W.P. & Reise, S.P. (2013) The Clinical Assessment Interviews for Negative Symptoms (CAINS): Final Development and Validation. *American Journal of Psychiatry*, 170(2), 165-172. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12010109>
- Krippendorff, K. (2004). Reliability in Content Analysis: Some Common Misconceptions and Recommendations. *Human Communication Research*, 30(3), 411-433. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2004.tb00738.x>
- Krueger, R.A. & Casey, M.A. (2000). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Researchers*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kvale, S. (1996). *InterViews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kvale, S. & Brinkman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvarnström, S. & Cedersund, E. (2006). Discursive patterns in multiprofessional healthcare teams. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 244-252. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03719.x>
- Källström, G. (2013). Den psykotiska krisen. Behandlingen av förstagångspsykos i Dalarna – ett tjugofemårigt perspektiv. *Fokus på familjen*, 41(3), 182-197. Hämtad 2019-09-12 från: https://www.idunn-no.ezproxy.ub.gu.se/file/pdf/62268174/den_psykotiska_krisen_-_behandlingen_av_frstagaangpsykos.pdf

- Lahti, M., Ellilä, H., Jormfeldt, H., Skärsäter, I., Doyle, L., Higgins, A., Keogh, B., Meade, O., Stickley, T., Sitvast, J. & Kilkku, N. (2018). The required knowledge for lifespan mental health promotion and prevention for Master's level mental health nurse education – the eMenthe project, *International Journal of Health Promotion and Education*, 56(3), 143-154.
<https://doi.org/10.1080/14635240.2018.1431953>
- Larsson, L.G., Bäck-Pettersson, S., Kylén, S., Marklund, B., Gellerstedt, M. & Carlström, E. (2019). A national study on collaboration in care planning for patients with complex needs. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), e646-e660. <https://doi/full/10.1002/hpm.2680>
- Lasser, R.A., Nasrallah, H., Helldin, L., Peuskens, J., Kane, J., Docherty, J. & Tronco, A.T. (2007). Remission in schizophrenia: Applying recent consensus criteria to refine the concept. *Schizophrenia Research*, 96(1-3), 223–231.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.05.003>
- Lieberman, R.P., Kopelowicz, A., Ventura, J. & Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 256-272. <https://doi.org/10.1080/0954026021000016905>
- Lichtenstein, P., Yip, B.H., Björk, C., Pawitan, Y., Cannon, T.D., Sullivan, P.F. & Hultman, C.M. (2009). Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. *The Lancet*, 373, 234-239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60072-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60072-6)
- Lindström, E., Wieselgren, I-M. & von Knorring, L. (1994). Interrater reliability of the Structured Clinical Interview for the Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(3), 192-195.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb08091.x>
- Lloyd-Evans, B., Paterson, B., Onyett, S., Brown, E., Istead, H., Gray, R., Henderson, C. & Johnson, S. (2017). National implementation of a mental health service model: A survey of Crisis Resolution Teams in England. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 214-226.
<https://doi.org/10.1111/inm.12311>
- Linell, P. (1998). Approaching Dialogue: Talk, Interaction and Contexts in Dialogical. *Perspectives*. Amsterdam: John Benjamins, 4(1), 117–135.
- LOV 2005:537. af 24/06/2005 *Gældende*. (2005). Hämtad 2019-08-16 från <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=10065>
- Luborsky, L. (1962). Diagnostic and Statistical manual of mental Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 7, 407-417.
- Lundberg, B. (2010). *Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom*. Doktorsavhandling. Lund: Lunds universitet. ISBN: 978-91-86671-23-5
- Lundman, B. & Graneheim, U.H. (2008). *Kvalitativ innehållsanalys*. Lund: Studentlitteratur.

- Lundin, L. & Ohlsson, O. (2008). *Psyksiska funktionshinder – stöd och hjälp vid kognitiva funktionsstörningar*. Riga: Cura Bokförlag.
- Lysaker, P.H., Pattison, M.L., Leonhardt, B.L., Phelps, S. & Vohs, J.L. (2018). Insight in schizophrenia spectrum disorders: relationship with behavior, mood and perceived quality of life, underlying causes and emerging treatments. *World Psychiatry*, 17(1), 12-23. <https://doi.org/10.1002/wps.20508>
- Malmer, S. (2003) *Ett pris blir till*. Stockholm: Santerus.
- Malterud, K., Siersma, V.D. and Guassora, A.D. (2016) Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26, 1753-1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- McFarland, J., Cannon, D.M., Schmidt, H., Ahmed, M., Hehir, S., Emsell, L., Barker, G., McCarthy, P., Elliott, M.A. & McDonald, C. (2013). Association of grey matter volume deviation with insight impairment in first-episode affective and non-affective psychosis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 263(2), 133–141. <https://rd.springer.com/article/10.1007/s00406-012-0333-8>
- Millis, C.B. & Babrow, A.S. (2003). Teasing as a means of social influence. *Southern Communication Journal*, 68, 273-286. <https://doi.org/10.1080/10417940309373267>
- Morgan, D. (1997). *Focus groups as qualitative research*. Qualitative Research Methods Series 16. Thousand Oaks: Sage Publication Inc.
- Morgan, D. (1998). *The Focus Group Guidebook*. The Focus Group Kit, no 1. Thousand Oaks, California: Sage Publication Inc.
- Munk-Jørgensen, P. & Mortensen, P.B. (1997). The Danish Psychiatric Central Register. *Danish Medical Bulletin*, 44(1), 82–84.
- Mwansisya, T.E., WenyingYi, W., Wang, Z., Yang, B., Li, L., Wang, P., Liu, C., Wu, G., Xue, Z. & Liu, Z. (2013). Comparison of Psychosocial Determinants in Inpatients With First-Episode and Chronic Schizophrenia in China. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(1), 32-41. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2012.08.001>
- Naidoo, J. & Wills, J. (2000). Models and approaches to health promotion. In: Naidoo J, Wills J (eds.). *Public health and health promotion practice: foundations for health promotion*. (3rd ed.). London: Elsevier.
- Nieman, D.H., Velthorst, E., Becker, H.E., de Haan, L., Dingemans, P.M., Linszen, D.H., Birchwood, M., Patterson, P., Solokangas, R.K.R., Heinimaa, M., Heinz, A., Juckel, G., von Reventlow, H.G., Morrison, A., Schultze-Lutter, F., Klosterkötter, J. & Ruhrmann, S. (2012). The Strauss and Carpenter Prognostic Scale in subjects clinically at high risk of psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(1). <https://doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01899.x>
- Nirje, B. (1985). The Basis and Logic of the Normalization Principle. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 11(2), 65-68.
- Nirje, B. & Söder, M. (2003). *Normaliseringsprincipen*. [The principle of normality], Lund: Studentlitteratur.

- Olsson, A-K., Helldin, L. Hjärthag, F. & Norlander, T. (2012a). Psychometric properties of a performance-based measurement of functional capacity, the UCSD Performance-based Skills Assessment - Brief version. *Psychiatry Research*, 197(3), 290-294. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.11.002>
- Olsson, A-K., Hjärthag, F. & Helldin, L. (2016). Predicting real-world functional milestones in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 242, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.015>
- Olsson, A-K., Hjärthag, F. & Helldin, L. (2019a). Overestimated function in patients with schizophrenia: A possible risk factor for inadequate support? *Schizophrenia research*, 206, 194 -199. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.11.027>
- Olsson, L-E., Jakobsson Ung, E., Swedberg, K. & Ekman, I. (2013). Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials – a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 456–465. <https://doi:10.1111/jocn.12039>
- Olsson, M., Carlström, E., Marklund, B., Helldin, L. & Hjärthag, F. (2015). Assessment of Distress and Quality of Life: A Comparison of Self-Assessments by Outpatients with a Schizopsychotic Illness and the Clinical Judgment of Nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 284–289. <https://doi:10.1016/j.apnu.2015.05.001>
- Olsson, M., Larsson, L.G., Flensner, G. & Bäck-Pettersson, S. (2012b). The impact of concordant communication in outpatient care planning – nurses' perspective. *Journal of Nursing Management*, 20(6), 748-57. <https://doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01479.x>
- Olsson-Tall, M., Hjärthag, F., Marklund, B., Kylén, S., Carlström, E. & Helldin, L. (2019). The Impact of Repeated Assessments by Patients and Professionals: A 4-Year Follow-Up of a Population With Schizophrenia. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 25(3), 189-199. <https://doi.org/10.1177/1078390318777785>
- Olsson-Tall, M., Marklund, B., Kylén, S., Carlström, E., Helldin, L. & Bäck-Pettersson, S. (2019b). Factors That Promote Remission in Individuals with Schizophrenia. *Open Journal of Nursing*, 9(9), 935-950. <https://doi.org/10.4236/ojn.2019.99070>
- Orlando, I. J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship, function, process and principles*. New York, US: GP Putnam.
- van Os, J., Burns, T., Cavallaro, R., Leucht, S., Peuskens, J., Helldin, L., Bernardo, M., Arango, C., Fleischhacker, W., Lachaux, B. & Kane, J.M. (2006). Standardized remission criteria in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(2), 91-95. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00659.x>
- Ottosson, J.O. (2015). *Psykiatri*. Stockholm: Liber.

- Patterson, T. L., Mausbach, B. T., Goldman, S., Bucardo, J., Jeste, D. V. (2006). Functional adaptation skills training (FAST): A randomized trial of a psychosocial intervention for middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. *Schizophrenia Research*, 86, 291-299. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.05.017>
- Petrov, J. & Dafinoiu, I. (2018). Attachment, Sense of Coherence and Well-being in the Context of Parental Migration. *International Journal of Education and Psychology in the Community*, 8(1/2), 39-52.
- Piccenelli, M. & Gomez Homen, F. (1997). *Gender Differences in the Epidemiology of Affective Disorders and Schizophrenia*. Geneva: WHO, Division of Mental Health.
- Polit, D. & Beck, C. (2016). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- PsykosR. (2019) *PsykosR – Nationellt kvalitetsregister för psykosjukdomar*. Hämtat 2019-08-16 från <https://www.psykosr.se/>
- Quraishi, S. & David, A. (2000). Depot Haloperidol decanoate for schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Review*, (2), CD001361.
- Raundalen, M. & Schultz, J-H. (2007). *Krispedagogik: hjälp till barn och unga i kris*. Lund: Studentlitteratur.
- Regeringskansliet. (2019) *FN:s konventioner om Mänskliga rättigheter*. Hämtad 2019-09-01 från <https://www.regeringen.se/49baf9/contentassets/d6d5653029e14e338a4b86f5f4b34c6b/fns-konventioner-om-manskliga-rattigheter>
- Riecher-Rössler, A. (2017). Oestrogens, prolactin, hypothalamic-pituitary-gonadal axis, and schizophrenic psychoses. *The Lancet Psychiatry*, 4(1), 63-72. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30379-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30379-0)
- Riecher-Rössler, A., Löffler, W. & Munk-Jørgensen, P. (1997). What do we really know about late-onset schizophrenia? *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*, 247, 195-208. <https://doi.org/10.1007/BF02900216>
- Roberts, P., Priest, H. & Michael, T. (2006). Reliability and validity in research. *Nursing Standard*, 20(44), 41-45. <https://doi.org/10.7748/ns2006.07.20.44.41.c6560>
- Romøren, I., Torjesen, D.O. & Landmark, B. (2011). Promoting coordination in Norwegian health. *International Journal of Integrated Care*, 11(5). <https://doi.org/10.5334/ijic.581>
- Rose, S., Bisson, J., Churchill, R. & Wessly, S. (2002). Psychological debriefing for preventing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). *Cochrane Systematic Review - Intervention Version*. Hämtad 16 augusti 2019 från <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000560>
- Rosenbaum, B. & Sonne, H.S. (1978). Skizofrene tankeförstyrrelser (I). *Nordisk Psykiatrisk Tidskrift*, 32(7), 495-506, <https://doi.org/10.3109/08039487809106762>

- Rosser, R. & Kind, P. (1978). A scale of valuations of states of illness: Is there a social consensus? *International Journal of Epidemiology*, 7, 347-358.
- Rotstein, A., Roe, D., Gelkopf, M., Shadmi, E. & Levine, S.Z. (2018). Quality of life disparities between persons with schizophrenia and their Professional caregivers: Network analysis in a National Cohort. *Schizophrenia Research*, 197, 109-115.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.12.017>
- Rydin D. (1999) *Schizofreni och psykosvård*. (7 uppl.) Värnamo: Värnamo Ljuskopiering.
- Sadler, M.E., Yamamoto, R.T., Khurana, L. & Dallabrida, S.M. (2017). The impact of rater training on clinical outcomes assessment data: a literature review. *International Journal of Clinical Trials*, 4(3), 101-110.
<http://dx.doi.org/10.18203/2349-3259.ijct20173133>
- Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J (2005) A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. *PLoS Medicine*, 2(5): e141. 413-433.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020141>
- Sandberg, H. (2009). Team i vård, behandling och omsorg: erfarenheter och reflektioner. (1 uppl.) I: Berlin, J., Carlström, E. & Sandberg, H. (reds). *Team i vård, behandling och omsorg: erfarenheter och reflektioner*. Lund: Studentlitteratur.
- Sandhaug, M., Andelic, N., Berntsen, S.A., Seiler, S., & Mygland, A. (2012). Self and near relative ratings of functional level one year after traumatic brain injury. *Disability & Rehabilitation*, 34(11), 904-909.
<https://doi.org/10.3109/09638288.2011.626484>
- SBU. *Schizofreni - Läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2012. SBU-rapport nr 213. ISBN 978-91-85413-50-8.
- Schutz W. (1997) *Den goda organisationen*. Stockholm: Natur och kultur.
- SFS 2010: 659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 2017:30. *Hälso-och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sjödén, P.O. (1995). Livskvalitet och livskvalitetsmätning. I: B. Beck-Friis & P. Strang (Red). *Palliativ medicin*, 23-31. Stockholm: Almqvist & Wiksell Medicin.
- Sjöström, B. (1992). *Kliniken tar över dårskapen: om den moderna svenska psykiatris framväxt*. Lund: Daidalos.
- Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). (2019). *Nationella kvalitetsregister*. Stockholm: SKL. Hämtad 2019-07-31 från
<http://www.kvalitetsregister.se/tjanster/omnationellakvalitetsregister/kvalitetsregistrenshistoria.2013.html>.
- Snellman I. (2001) *Den mänskliga professionaliteten. En filosofisk undersökning av det autentiska mötets betydelse för patientens välbefinnande*. Uppsala: Uppsala universitet.
- Snowden A. & Marland, G. (2012) No decision about me without me: concordance operationalized, *Journal of Clinical Nursing*, 22(9-10), 1353-1360.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04337.x>

- Socialstyrelsen. (1999). *Välfärd och valfrihet? – Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2003a). *Vård och stöd till patienter med Schizofreni en kunskapsöversikt*. Stockholm: Elanders Gotab AB. Socialstyrelsen. (2003b). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2008). *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2010). *Folkhälsa, Hälso- och sjukvård, Individ- och familjeomsorg, Stöd och service till personer med funktionsnedsättning, Vård och omsorg om äldre*. Lägesrapport 2010. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 – stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2012). *Att nå personer med psykisk ohälsa – Uppsökande och informerande verksamhet*. Rapport 2012. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2013). *Psykisk ohälsa bland unga*. Rapport 2012-5-43. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 2014-2-12. (2014). *Utveckling av indikatorerna undvikbar slutenvård och oplanerad återinskrivningar*.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2014-2-12.pdf>
- Socialstyrelsen; (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015. Rapport 2015-4-10.
- Socialstyrelsen. (2018). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård – Lägesrapport 2018*. Hämtad 2019-09-12 från
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-3-4.pdf>
- Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2019-08-17 från
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-9-6.pdf>
- SOU 2000:38 *Välfärd, vård och omsorg*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2019-08-20 från <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2000/05/sou-200038/>
- SOU 2006:100. *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av sambällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Hämtad 2019-08-16 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Utredningar/Statens-offentliga-utredningar/Ambition-och-ansvar-Nationell-_GUB3100/

- Strauss, J.S. & Carpenter, W.T. (1972). The prediction of outcome in schizophrenia I: characteristics of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 27(6), 739-746.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1972.01750300011002>
- Struch, N., Levav, I., Shereshevsky, Y., Baidani-Auerbach, A., Lachman, M., Daniel, N. & Zehavi, T. (2008). Stigma Experienced by Persons under Psychiatric Care. *Israeli Journal of Psychiatry Related Science*, 45(3), 210–218.
- Svedberg, G. (2002). *Omvårdnadstraditioner inom svensk psykiatrisk vård under 1900-talets första hälft*. (Doktorsavhandling). Stockholm: Karolinska Institutet.
- Tandon, R. & Jibson, M.D. (2003). Efficacy of never generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 9-26.
[https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(02\)00110-5](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(02)00110-5)
- To, T.H.M., Ong, W.Y., Rawlings, D., Greene, A. & Currow, D.C. (2012). The Disparity between Patient and Nurse Symptom Rating in a Hospice Population. *Journal of Palliative Medicine*, 15(5), 542-547.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0291>
- Tranøy, J. & Blomberg, W. (2005). Lobotomy in Norwegian psychiatry. *History of Psychiatry*, 16(1), 107–110. <https://doi.org/10.1177/0957154X05052224>
- Tuulio, T. (1950). *Florence Nightingale – En levnadsteckning*. (2 uppl.) Uppsala: Lindblads förlag.
- VRFS 2012:1. (2012) *Vetenskapsrådets föreskrifter och allmänna råd för etikeprövning av forskning som avser människor*. ISSN 1652-5876. Hämtad 2017-02-13 från <http://www.vr.se/download/18.7ef696713734483870280/1340207447175/VRFS+2012.1.pdf>
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer - inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 2019-08-17 från http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf
- Wagner, U., Gais, S., Haider, H., Verleger, R. & Born, J. (2004). Sleep inspires insight. *Nature*, 427(6972), 352-355. <https://doi.org/10.1038/nature02223>
- Ware, J., & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483. Hämtad 2019-08-18 från <http://www.jstor.org/stable/3765916>
- Watkins, C.C., Kanu, C., Kamara, I.K., Hamilton, J.B., Kozachik, S.L. & Gaston-Johansson, F. (2017). Differences in Coping among African American Women with Breast Cancer and Triple-Negative Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 44(6), 689-702. <https://doi.org/10.1188/17.ONF.689-702>
- West. M.A., Markiewicz. L. (2003). *Building Team-based Working: a Practical Guide to Organizational Transformation*. Oxford: BPS Blackwell.
- Westerhof, G. & Keyes, C.M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110–119.
<https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>

- Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper*. Lund: Studentlitteratur.
- Winch, P & Gaita, R. (1990). *Value and Understanding*. Essay for Peter Winch. (eds.) Routledge.
- Woodhams, V., de Lusignan, S, Mughal, S., Head, G., Debar, S., T. Desombre, T. (2012). Triumph of hope over experience: Learning from interventions to reduce avoidable hospital admissions identified through an Academic Health and Social Care Network. *BMC Health Services Research*, 153 (12), 1-9.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-153>
- World Health Organization. (1995). WHOQOL - The World Health Organization quality of life assessment: position paper from the World Health Organization. *Society Science Medicine*, 41, 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: World Health Organization. Hämtad 2019-08-16 från <https://www.who.int/classifications/icf/en/>.
- World Health Organization. (2004). *Standards for Health Promotion in Hospitals*. Hämtad 2019-08-16 från http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/99762/e82490.pdf
- World Health Organization. (2017). *Psychosis, including schizophrenia*. Hämtad 2019-08-16 från <http://www.emro.who.int/health-topics/schizophrenia/>
- World Health Organization. (2018). *International classification of Diseases, 11th edition – ICD-11*. World Health Organization. Hämtad 2019-08-16 från <https://www.who.int/classifications/icd/en/>
- World Health Organisation. (2019). *Ottawa Charter for health Promotion*. (1986). Health Promotion. Hämtad 2019-08-16 från <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- World Medical Association. (2008). *The Declaration of Helsinki*. Hämtad 2019-08-16 från <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/doh-oct2008/>
- World Medical Association. (2014). Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American College of Dentists*; 81(3), 14-18. Hämtad 2019-10-09 från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25951678>
- Zavodnick, S. (1978). A pharmacological and theoretical comparison of high and low potency neuroleptics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 39(4), 332-336.
- Åhgren, B. (2012). Integration, not fragmentation. Public Service Review: *Health and Social Care*, 31, 75-76. ISSN 2045-2357.
- Åhgren, B. & Axelsson, R. (2007). Determinants of integrated health care development: chains of care in Sweden: The *International Journal of Health Planning and Management*, 22, 145–157. <https://doi.org/10.1002/hpm.870>

- Åhgren, B. & Axelsson, R. (2011). A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000–2010. *International Journal of Integrated Care*, 11, 1-8.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3111884/>
- Åhgren, B., Bihari Axelsson, S. & Axelsson, R. (2009). Evaluating intersectional collaboration: a model for assessment by service users. *International Journal of Integrated Care*, 9, 1-10. Hämtad 2019-08-16 från
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2663704/>
- Östberg, V. (2001). Hälsa och välbefinnande I: J. Jansson & V. Östberg (red). *Barns och ungdomars välfärd*, SOU 2001:55. Stockholm: Fritzes, 239-263.
- Östman; M., Jakobsson, E. & Falk, K. (2015). Health-care encounters create both discontinuity and continuity in daily life when living with chronic heart failure—A grounded theory study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10(1), <https://doi.org/10.3402/qhw.v10.27775>