

## ATT LEVA EN ANNAN VERKLIGHET

Patienters upplevelse av att leva i en annan verklighet. Hur kan sjuksköterskan lindra lidandet genom omvårdnad

FÖRFATTARE	Maria Olausson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/Omvårdnad – Eget arbete HT 2007
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Bodil Augustsson
EXAMINATOR	Anna Forsberg

Titel (svensk):	Att leva en annan verklighet Patienters upplevelse av att leva i en annan verklighet. Hur kan sjuksköterskan lindra lidandet genom omvårdnad
Titel (engelsk):	To live another reality Patient's experience of living in another reality. How can the nurse ease the suffering through care
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/ Omvårdnad - Eget arbete/OM2240/SPN8
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	20 sidor
Författare:	Maria Olausson
Handledare:	Bodil Augustsson
Examinator:	Anna Forsberg

---

## SAMMANFATTNING

När människan förlorar den av kulturen förnuftiga grund som anses normal, byggs ett nytt sammanhang upp. Fantasierna har besegrat förnuftet och skapat ett sammanhang för människan som gör det omöjligt för omgivningen att förstå. Det nya sammanhanget har blivit en annan verklighet, utformad av människan inre värld, vilket leder till oförståelse och en osäker identitet som behöver mötas med förståelse och kunskap om människans psykologiska värld. Syftet med fördjupningsarbetet var att belysa patientens upplevelse av att leva i en annan verklighet och hur sjuksköterskan kan lindra lidandet genom omvårdnad. Fördjupningsarbetet är en litteraturstudie baserad på tolv vetenskapliga artiklar. Patienterna upplevde lidande i form av ett okontrollerat sinne av sig själva och en förändrad personlighet, vilket resulterade i känslan av otrygghet. Trygghet och acceptans innebar ett bemötande som bekräftade patienten. Relevant och förståelig information från sjuksköterskan som relaterade till patientens egna upplevelser krävdes för att undvika förvirring och ytterligare rädsla för situationen. Respekt och förståelse delgavs patienten genom att sjuksköterskan lyssnade och gjorde patienten delaktig. Detta kräver en sjuksköterska som har både kunskap och mod att våga möta patientens lidande.

## INNEHÅLL

	Sid
<b>INTRODUKTION</b> .....	1
<b>Inledning</b> .....	1
<b>Bakgrund</b> .....	1
Vad är psykos?.....	1
Varför uppkommer verklighetsförluster?.....	2
Människans upplevelse av verklighetsförlust.....	2
Omvårdnad.....	3
Omvårdnadsteoretisk förankring enligt Katie Eriksson.....	5
<b>SYFTE</b> .....	6
<b>METOD</b> .....	6
<b>RESULTAT</b> .....	8
Patientens sjukdomslidande.....	8
Patientens vårdlidande.....	8
Patientens livslidande.....	9
Omvårdnadsåtgärder.....	10
<i>Information</i> .....	10
<i>Bekräftelse</i> .....	11
<i>Kunskap</i> .....	13
<b>DISKUSSION</b> .....	13
Metoddiskussion.....	13
Resultatdiskussion.....	14
<i>Patienten sjukdomslidande</i> .....	14
<i>Patientens vårdlidande</i> .....	15
<i>Patientens livslidande</i> .....	16
Konklusion.....	18
<b>REFERENSER</b> .....	19
<b>BILAGA 1</b>	
<b>Artikelpresentation</b>	

## **Inledning**

Människans själliv är en gåta och den är intressant. Vi sjuksköterskor behöver förstå mer om livet och det mänskliga lidandet, även på det psykiska planet, och hur dess uttrycksformer ter sig så att vi kan bekräfta både kropp och själ. Härefter ligger mitt intresse. Enligt folkhälsorapporten uppskattas idag mellan 20- 40 procent av vår befolkning lida av psykisk ohälsa. Denna ökning av psykisk ohälsa innefattar mest tillstånd som kommer till uttryck genom oro och ångest. Bland de allvarigare psykiska tillstånden som t ex psykos har det inte skett någon nämnvärt ökning (1). En psykotisk verklighetsförlust är ett inriktat samspel mellan psykologi, sociala förhållanden och hjärnans fysiologiska förutsättningar. Det är en flytande gräns mellan feltolkningar och vanföreställningar liksom mellan hallucinationer och illusioner. Verklighetsförlusten innebär ett avbrott i det medvetna och omedvetna upplevandet av den egna personens kontinuitetsupplevelse, en ny upplevelse av sammanhang och kontinuitet skapad av fantasier, människans inre värld (2). En människa med störd verklighetsuppfattning, är en människa med en splittrad självförståelse. Detta leder till svårigheter i mötet mellan patient och sjuksköterska. Att lindra lidande förutsätter igenkännande och förståelse av lidandet i dess olika former och uttryckssätt (3). Intressant i det här omvårdnadsproblemet är hur vi som sjuksköterskor skall möta en person med störd verklighetsuppfattning så att förståelse och bekräftelse kan ges för att underlätta människans väg tillbaka ur verklighetsförlusten.

Fördjupningsarbetet är inriktat emot generella psykotiska tillstånd och framförallt hur tillståndet kan gestaltas för patient och sjuksköterskan.

## **Bakgrund**

### **Vad är psykos?**

I litteraturen framkommer att psykos är ett övergripande begrepp för olika psykiatriska tillstånd. Gemensamt för de olika tillstånden är att människan har en bristande förmåga att uppfatta och bemöta sin omgivning. Om realitetsvärderingen, alltså att bedöma verkligheten, sviktar har störningen psykotisk valör. Vanligt förekommande symtom är att människan saknar sjukdomsinsikt. Framträdande symtom vid psykos är hallucinationer, tankestörningar och vanföreställningar. Till de psykotiska syndromen räknas schizofreni, vanföreställningssymtom, kortvarig psykos, utvidgad psykos och psykotisk sjukdom orsakad av kroppssjukdom eller drog (2,4,5). Det finns två klassifikationstabeller som fungerar som underlag vid diagnossättning av olika psykostillstånd, International Classification of Mental and Behavioral Disorders (ICD-10) (6) och Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-4) (7). Det som klassificeras är det direkt iakttagbara (6,7). Definition av att vara psykotiskt enligt DSM-4 är att lida av vanföreställningar eller framträdande hallucinationer utan att ha insikt om deras patologiska natur (7). ICD-10 använder en bred definition av psykobegreppet med hallucinationer, vanföreställningar eller vissa svåra beteendestörningar (6). Båda klassifikationstabellerna har schizofrenikriterier som kräver vissa karakteristiska symtom och att tillståndet har en viss varaktighet (6,7).

Utifrån ovanstående beskrivning av psykostillstånd kommer jag att i det fortsatta arbetet använda begreppet verklighetsförlust som oftast den drabbade människan beskriver.

### **Varför uppkommer verklighetsförluster?**

I mitten av 1970-talet, formulerade den amerikanske psykiatern Joseph Zubin sårbarhetsstressmodellen. Denna modell förenar flera vetenskapliga skolbildningar och har möjliggjort en grund för olika behandlingsinsatser vid förlorad verklighetskontakt. Tanken bakom denna modell är att människor har olika sårbarhet för att utveckla en förlust av verkligheten. Den innefattar både en genetisk ärftlig del, neuronal som ex förlösningsskador samt uppväxtförhållande. Oftast är aktuella påfrestningar som stress, förluster och somatiska sjukdomar utlösande faktorer. Faktorer som skyddar, minskar människans sårbarhet i livet före verklighetsförlusten. Skyddsfaktorerna innebär att människan har ett gott socialt nätverk, ett meningsfullt arbete/sysselsättning och en inre känsla av sammanhang och mening. Var för sig och tillsammans utgör skyddsfaktorerna ett skydd. En människa med låg sårbarhet kräver en hög stress för att få ett manifest tillstånd, medan en människa som har en hög sårbarhet utvecklar tillståndet efter en liten mindre påfrestning (2,4). Den genetiska komponenten har påvisats genom metoder som tvillingmetoden, där jämförelser har gjorts mellan enäggstvillingar och tvåäggstvillingar, och adoptionsmetoden, där studier av barn har gjorts som vuxit upp med ett par föräldrar som de inte är släkt med, skilda från sina biologiska föräldrar. Genom att använda antipsykotiska läkemedel kan forskarna förstå psykosernas neurokemiska aspekter. Det råder ingen tvekan om att det finns ett samband mellan neuroleptikans symptomförbättrande verkan och deras ingrepp i transmittorsubstansbalansen. Det gäller speciellt dopamin men också transmittorsubstanserna GABA och serotonin. Alla antipsykotiska läkemedel är dopaminantagonister och de läkemedel som är dopaminagonister förvärrar de psykotiska symtom som redan finns. Det råder ett konstant förhållande mellan dopaminantagonisternas förmåga att blockera dopaminreceptorer i synapserna och deras antipsykotiska effekt. Det har också påvisats att en överdos av ämnet dopa som är ett förstadium till dopamin kan framkalla psykotiska symtom (2,4,5).

### **Människans upplevelse av verklighetsförlust**

Människan äger ett beteende som är inlärt sedan barnsben. Detta inlärd beteende byggs upp på en som generellt uppfattas, till den kultur människan lever i, vara en förnuftig grund. Att människan vet vad som är förnuftigt och normalt har en viktig funktion för människans anpassning och trygghet. Bakom det inlärd beteende av anständigt förnuft finns det ett asocialt självhävdande och lustsökande inre, människans drömmar. Det pågår en ständig dialog mellan dessa två lägen av verkligheter, människan kan sägas leva i en psykologisk kluvenhet. När erfarenheterna inte kan bäras mellan människans inre och yttre verklighet, dvs när människan inte längre vet vad som är verklighet och fantasi, försvåras orienteringsförmågan och reaktionen kan bli en förlust av verklighetskontakten. Genom att göra omtolkningar av den yttre verkligheten har försök gjorts till att skapa ett nytt sammanhang. Det nya meningssammanhanget gör en relation

till omvärlden omöjlig då den nya verkligheten är skapad av vanföreställningar. En verklighetsförlust har en destruktiv regression, dvs. tänkandet och beteendet begränsas inte längre till fantasin. Begrepp som t ex moral och etik har inte längre några påtagliga styrkrafter. Gråzonen mellan verklighet och illusion har gått förlorad. En människa med förlorad verklighetskontakt kan inte uppleva sig själv i ett förtroendefullt förhållande till den andre. För att kunna integrera erfarenheter och minnen med omvärldskraven och de somatiska impulserna krävs det en fungerande kontakt med andra människor, en så kallad du-upplevelse. När förmågan att ha en relation med andra människor upphör skapas en ny verklighet, en inre värld. Det är genom denna människans inre värld som omvärlden filtreras (2,4). I ett tillstånd av verklighetsförlust förligger det en kris i människans dialog med omgivningen. En kris som leder till växande missförstånd och växande frustration. Detta leder till en maktkamp om tolkningsföreträde avseende hur verkligheten är beskaffad (5).

Känslan av ensamhet är något som upplevs av flertalet med en verklighetsförlust. Detta trots att det finns många människor runt om som vill hjälpa på olika sätt. Ensamhetskänslan upplevs olika och framträder i en känsla av bortglömdhet till övergivenhet och avskurenhet. Upplevelsen av att inte bli förstådd ökar ensamhetskänslan. En människa som tappat verklighetskontakten och som känner avskurenhet försvarar sig genom att dra sig undan och vända sina känslor inåt. Verklighetsförlusten ger även människan en skiftande självuppfattning och en osäker identitet vilket leder till en upplevelse av tomhet och innehållslöshet. Tomheten skapar förtvivlan och leda och spänning söks genom impulshandlingar. Blir förtvivlan och tomheten för stor kan handlingarna leda till självmord (3,5). Hos en människa som befinner sig i en verklighetsförlust bryts ofta ordets hänvisningsfunktion sönder, dvs. att själva ordet blir så fullt av en betydelse att inget därutöver ryms med. Detta är ett bekymmer då språket spelar en viktig roll för integreringen av upplevelser och att det är det medel som människor använder för att internalisera sina upplevelser. Språket är det viktigaste av kulturens samtliga symbolredskap. Den människa som tappat kontakten med verkligheten använder sig av språket på ett annat sätt. Språket innehåller ofta nybildade ord och speciella meningsupbyggnader. Ofta är språket svårförståeligt och påverkar då avståndet till omgivningen (3).

### **Omvårdnad**

Hög prioritet skall ges till att värna om privatliv och rätt till deltagande i behandlingsprocessen, de mänskliga rättigheterna skall skyddas. Sjuksköterskan skall se människan som en biologisk, intellektuell, andlig och sociokulturell individ. Kunskap och förståelse för det komplexa samspelet mellan dessa dimensioner av mänskligheten och hur människan anpassar sig till inre och yttre miljö är av fundamental betydelse för sjuksköterskepraxisen (3,5). En förutsättning för god omvårdnad är medvetandet om att kunskapen om människans psykologiska värld inte är mindre viktig vid ett psykostillstånd än vid andra kriser. Bakom symtomen finns försvars- och anpassningsmekanismer, omedvetna konflikter, självkänsla och motivation för förändring. Vid sidan om det psykotiska tillståndet finns det en icke-psykotisk del av personligheten som direkt eller indirekt måste söka samarbete med. När en människa

med en verklighetsförlust tas in akut till vårdinrättning är det oftast under tvångslagstiftning. Att försättas i en situation av omedelbar och total försvarslöshet innebär en chockupplevelse för den drabbade människan, en upplevelse som kvarstår lång tid efter tillfrisknandet. Många människor som har tappat kontakten med verkligheten har efter vistelsen i vården vittnat om att de upplevt den psykiatriska akutavdelningen som ett helvete de fruktar att aldrig komma ut ur. Den bakomliggande rädslan av att vara kroniskt sinnessjuk får en ny näring, och förstärks av att bemötandet inte är likvärdigt det bemötande som görs ute i samhället. Ytterligare övergivenhet upplevs av människan med förlorad verklighetskontakt då behandlingen med injektioner sker mer eller mindre med tvång. Plågsamma biverkningar ger bekräftelse och leder till än mer negativitet mot medicinering. Många människor med förlorad verklighetskontakt försämras akut i samband med inläggningen. Försämringen medför en ytterligare, ökad verklighetsflykt. Detta gjordes i försvar för att skydda den egna personen (2).

Omvårdnad bygger på interaktionsförhållanden mellan vårdpersonalen och människan med en verklighetsförlust. Det är viktigt att lyssna sig fram till en förståelse, det unika hos människan och människans livshistoria. Det är hela människans samlade psykiska smärta sjuksköterskan möter: i symtom, krav och klagomål, i passivitet och inre isolering, i rastlöshet, vrede eller verklighetsflykt och fabulering. All denna smärta som överförs från människan som drabbats av en verklighetsförlust till sjuksköterskan måste bemästras och hanteras (3,5). Sjuksköterskans omsorgshandlingar siktar mot att dämpa plågor som följer psykisk stress, lidande och olika psykiska tillstånd. Sjuksköterskan skall bidra med och öka självaktning och ge mod till människan att leva. Genom träning, undervisning, samtal och samvaro görs försök till att öka självinsikt och situationsförståelse hos den människa som förlorat verklighetskontakten, detta för att underlätta mötet med vardagens påfrestningar. Andra faktorer som är viktiga att utforma är behandlingsmiljön och livsmiljön så att den som lider av en förlorad verklighetsuppfattning får en bra grund att stå på och ges möjligheter till växt och utveckling (3). Att ha en önskan att förstå, en önskan av att reparera skadade känslor, en önska att få se sina medmänniskor lägga problemen bakom sig och klara sig själva är viktiga drivkrafter för all sjukvårdspersonal. Att självkritiskt granska arbetet och inre fördomar är välmotiverat. Sjuksköterskan kan omvandla något av smärtan genom goda möten och dialog med människan. En ambitiös målsättning är viktig. All vårdpersonal skall ha en strävan efter att utvecklas, efter engagemang, ha visioner och framtidsmål. En intensivare känslomässig koncentration och större ödmjukhet bidrar till en bättre vårdrelation. Människan som vårdas måste bli tagen på allvar och bli behandlad med respekt (3,5).

Läkemedelsbehandlingen är en åtgärd för att underlätta eller möjliggöra behandling. Läkemedelsbehandling är emellertid aldrig enbart ett neurokemiskt ingrepp, utan ingår också alltid i ett interaktionsförhållande och kommer att bli föremål för tolkning och känslореaktioner. Betydande etiska problem är förbundna med bruket av psykofarmaka. Ett problem har att göra med risken att åsamka människan varaktiga neurologiska skador. Ett annat problem är att de biverkningar som behandlingen medför kan på olika sätt begränsa människans liv och kan vålla obehag. Behandlingen med psykofarmaka

används i många fall under mycket lång tid på grund av att medicineringen lätt får en passiviserande och ansvarsbefriande effekt på människans och dennes omgivning, och eftersom användningen av läkemedel har en tendens att göra de som behandlar mindre motiverade för att finna en psykoterapeutisk arbetsform. Nyttan av medicineringen måste vägas mot biverkningarna (2,5).

### **Omvårdnadsteoretisk förankring enligt Katie Eriksson**

Det är människan som lider och det är människan som åstadkommer ett lidande, medvetet eller omedvetet, och det är även människan som kan lindra den andres lidande och göra det uthärdligt. Att fördöma är att ogiltigförklara den andra och att utplåna henne som människa. Att åstadkomma ett lidande för någon annan innebär alltid att kränka den andres värdighet och att inte bekräfta denne som fullvärdig människa. Människans uppgift är inte att fördöma utan att förstå och förlåta. För att hitta en förklaring till det lidande som människor medvetet eller omedvetet orsakar varandra måste det göras en granskning av människans verklighetsuppfattning, världsbild och värdegrund. Sjukdom och behandling åstadkommer ett lidande för människan och det är den lidande människan vi möter i vården. Vårdandet har uppkommit i syfte att lindra det mänskliga lidandet. Upplevelser som förnedring, skam och skuld som människan erfars i relation till sitt tillstånd och sin behandling eller i fördömande attityd från vårdpersonal är ett lidande som utvecklats under tid. Ett lidande som kan sammanfattas i kroppslig smärta som själsligt och andligt lidande. Lidande behöver inte vara ett symptom på sjukdom utan kan vara ett svar på otillräcklig vård. Människans lidande kan även ta sig uttryck i att leva och att inte leva, ett livslidande. Insikten om den absoluta enskildheten och därmed ensamheten (8).

Bekräftelse av en annan människas lidande innebär att förmedla till den andre att ”jag ser”. Bekräftelse ger en tillförsikt att någon annan kan komma till mötes. Att bekräfta en människas lidande innebär att förmedla att man finns i närheten, att inte överge, att ge en inbjudan till den lidande och att ge tid och rum. Alla människor som lider behöver tid och rum för att lida. En människa som lider vill ofta vara ensam men ändå uppleva gemenskap. Känslan av övergivelse i sitt lidande föder lätt en känsla av hopplöshet som i sin tur föder förtvivlan. En människa som känner förtvivlan kan inte skapa ett nytt liv. Oberoende av perspektiv finns det något gemensamt i allt lidande: människan är i något avseende avskuren från sig själv och sin egen helhet. I sitt lidande är människan alltid i ett visst avseende ensam. Upplevelsen av meningen med lidandet tycks vara bunden till erfarenhet av olika möjligheter i den aktuella livssituationen, men vad som helst kan orsaka lidande. Beroende på livssituationen går man in i kampen eller ger upp den och då lidandets kamp är som mest intensiv saknas oftast förmågan att förmedla sitt lidande till en annan människa. Lidandet är en kamp för värdighet och frihet att vara människa. Genom att våga söka en väg som växer fram ur vårt inre och hålla kvar den så har vi en grund för tillvaron. Människan har funnit möjlighet och mening. Lidandet är tillägnat människan och den är en del av människans verklighet. Lidandet är unikt för varje individ och tar sig uttryck på många sätt. Lidandet finns överallt och så också i vården. För att kunna omvandla lidandet till en positiv kraft förutsätter det förmågan att kunna



delar med sig av sitt lidande med en annan människa. Det gäller att kunna hitta en människa värdig förtroendet. Först då ges det kraft till förvandling (8).

## Syfte

Syftet med detta fördjupningsarbete var att belysa patientens upplevelse av att leva i en annan verklighet och vad sjuksköterskan kan göra för att lindra lidandet genom omvårdnad.

## Metod

Fördjupningsarbetet är en litteraturstudie i omvårdnad. Resultatet är baserat på 12 vetenskapliga artiklar som är publicerade mellan 2001-2007. Artiklarna söktes i databaserna CINAHL, PsycINFO och Pub/Med med sökorden: psychosis, experience, patient, suffering och nursing. Manuell sökning gjordes också via tidskrifterna Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, International Journal of Mental Health Nursing och Journal of Advanced Nursing med sökorden psychosis, patient, psychosocial, experience, nursing och coercion. Sökning gjordes även på forskarnamnet Hummelvoll som är verksam inom psykiatrisk omvårdnad. Hummelvoll bedriver forskning i Norge vilket kan vara relevant för svenska förhållanden. Sökning gjordes på sökordet psychosis då det resulterade i inga träffar på sökord som realitylost och lost of reality. Några begränsningar angående årtal sattes inte när sökningarna gjordes. Efter granskning av artiklarnas relevans valdes en åldersgräns på 6 år då tillgång på artiklar var omfattande. Ingen begränsning gjordes gällande ”research” eller ”peer-reviewed” utan validiteten gjordes manuellt under artikelgranskningen. Författaren har valt artiklar som belyser patientens egna subjektiva upplevelse av att lida av en verklighetsförlust och vad vi som sjuksköterskor kan göra för att lindra lidandet genom omvårdnad och för att få mer förståelse för människor som befinner sig i en störd verklighetsuppfattning. Fyra artiklar belyser patientens upplevelser av en psykos (10,12,14,16), två artiklar belyser patientens upplevelse av vården under en pågående psykos (11,21) och fyra artiklar belyser upplevelsen av vården utifrån både patient och sjuksköterskeperspektiv, de belyser även patientens subjektiva egna upplevelse av en psykos (13,15,18,20). Varför sjuksköterskans rollförändringar är viktiga under en pågående psykos utifrån patient och sjuksköterskeperspektiv tar en artikel upp (17) och en artikel förklarar vad som kan vara provocerande situationer utifrån patient och sjuksköterskeperspektiv och den egna subjektiva upplevelsen av en psykos utifrån patientens synvinkel (19).

**Tabell 1**

Sökmetod: olika databaser med sökord.

Ref Nr	Sökdatum	Databaser	Sökord	Antal träffar
10	070914	CINAHL	psychosis, patient, experience	28
11	070914	CINAHL	psychosis, patient, experience	28
16	070914	CINAHL	psychosis, patient, experience	28
14	070914	PubMed/Medline	psychosis, patient, experience, suffering	30
19	070920	PubMed/Medline	psychosis, experience, nursing	151
18	070926	PubMed/Medline	Hummelvoll	12
12	070914	International Journal of Mental Health Nursing	psychosis	57
15	070914	International Journal of Mental Health Nursing	psychosis	57
20	070914	International Journal of Mental Health Nursing	psychosis	57
17	070914	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	psychosis, experience	134
21	070914	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	psychosis, patient, psychosocial	83
13	070929	Journal of Advanced Nursing	experience, nursing, coercion	13

För närmare presentation av artiklarna se bilaga 1

Initialt granskades 15 artiklar närmare, sammanfattning och innehåll lästes igenom och bedömning gjordes efter artikelns relevans i förhållande till syftet. Av de 15 artiklar bedömdes 12 stycken artiklar till att vara relevanta. De 12 artiklarna bearbetades var för sig utifrån syfte och Katie Erikssons (8) teori om lidandet i vården, då det i litteratur och artiklarna finns en tydlig koppling mellan lidandet och en förlorad verklighetsförlust. Eriksson (8) beskriver tre kategorier inom lidandet i vården: sjukdomslidande, det lidande som upplevs i relation till sjukdom och behandling som smärta, upplevelser av förnedring, skam och skuld. Vårdlidande, det lidande som upplevs i relation till själva vård situationen som kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning samt utebliven vård. Livslidande, det lidande som upplevs i relation till det egna unika livet som hot mot ens existens till en förlust av möjlighet att fullfölja olika sociala uppdrag. Vid bearbetningen av artiklarna framträdde Erikssons (8) olika kategorier av lidandet ur ett patientperspektiv samt vad sjuksköterskan hade för möjligheter att stödja patienten. Därefter bearbetades resultatet vidare och undergrupper framkom. Detta presenteras närmare i resultatet. Då författaren till artiklarna har valt att

utgå från begreppet psykos så har valet gjorts att presentera resultatet utifrån begreppet psykos för att i diskussionen återgå till användandet av begreppet verklighetsförlust.

Alla artiklar har granskats utifrån checklistor för artikelgranskning som tillhandahölls av Göteborgs Universitet (9).

## Resultat

### Patientens sjukdomslidande

En människa som lider av en psykos har ett starkt behov av att bemästra den psykotiska upplevelsen. För att människan skulle kunna bemästra psykosen och kunna se en mening med denna krävdes en stödjande information i den process som ledde till ett accepterande av psykosen och att människan skulle kunna se psykosen som en del av sin egna upplevelse, dvs. en del av sig själv (10). Information som gavs och på vilket sätt informationen gavs avgjorde om patienten kände sig bemött och bekräftad (10,11,12). Otillräcklig informationen påverkade uppkomsten av olika känslor som värdelöshet och förvirring medan en relevant information ledde till känslor som lättnad, bemästring och självförtroende. Upplevelsen av att vara värdelös och obetydlig utvecklades när patientens förståelse om vad som hade hänt inte var klart och behovet av information inte blivit bemött under vårdtiden. Om inte känslan av värdelöshet uppmärksammades under vårdtiden så gav det konsekvenser bland annat gällande sociala relationer. De kände sig stigmatiserade, som andra klassens människor, sämre än andra människor. Patienter som kände sig värdelösa hade heller ingen klar bild över hur framtiden skulle gestalta sig. De kände sig osäkra och oförmögna till att leva ett ”normalt” liv igen (10,13).

*”...I have thought myself that mental patients are some kind of second hand people and then I have to face the thing that I was one myself...” (10, sid.61).*

*“...Am I normal or is there any normal, am I a real lunatic now?”(10, sid.61).*

De framträdande subjektiva upplevelserna och konsekvenserna av att lida av en psykos enligt patienterna var känslan av traumatisering av att vara på vårdinrättning. Den största anledningen till traumatiseringen var förvirring/rädsla av att vara inlagd på vårdinrättningen (13), följd av polisens okänslighet i samband med transport till sjukhus och rädsla för andra medpatienter inlagda på vårdavdelningen (14). Patienterna upplevde även en stark frustration över hur den psykiska ohälsan påverkade deras trovärdighet. Patienternas åsikter och önskingar om information blev frekvent avfärdat som något symtomatiskt för deras psykiska ohälsa istället för ett legitimt anspråk på kunskap (12,13).

### Patientens vårdlidande

Patienterna upplevde att en turbulent, osäker vårdmiljö och otillräcklig kännedom om behandling och mediciner var hindrande aspekter för återhämtning från en psykos.

Särskilt hindrande var biverkningarna av medicinerna och förändringarna de gav. Patienterna beskrev också att behandlingarna av patienterna var oviktig, hårdhänt och underordnade, patienterna lämnades ensamma och fick sällan förklaringar på vad behandlingen skulle innehålla eller leda till (14,11). Känslan av att inte vara hörd och/eller att deras egna åsikter inte hade någon relevans upplevdes kränkande (10-12). Patienter som led av ett psykotiskt tillstånd upplevde en fientlig attityd från personalen (14). Det som patienterna upplevde som mest kränkande under vårdtiden var att de blev tvingade till att ta medicin, att de inte fick lämna vårdavdelningen, att de blev tillrättavisade till deras rum och att de blev lagd i bälte (13). Patienterna som hade upplevt tvång, som fångenskap av att bli lagd i bälte, upplevde detta vara negativt. Att bli fastbunden i sängen för att patienten inte skulle kunna skada sig själv eller andra under en pågående psykos orsakade än mer rädsla och fick dem att känna sig hjälplösa och sårbara. Patienterna kände också att orsaken till att bli lagd i bälte var oklar och förödmjukande (11,13). Patienterna uttryckte viljan att få mer ansvar angående behandlingen och de förstod inte heller varför de själva inte fick bestämma angående tvånget att ta medicin eller att bli lagd i bälte. Patienterna upplevde att tvångsåtgärderna gav osäkerhet, de kände sig misslyckade som människor och att det var ett angrepp mot deras integritet (13). Den psykotiska upplevelsen gjorde patienterna förvirrade, och förståelsen av psykosens upplevdes av patienterna som ofullständig. Det var först när informationen blev relaterad till patienternas egna upplevelser som patienterna kände att de fick en relevant och meningsfull information (10).

*”When I came here they put me straight in to those resting bounds and they didn’t tell me what was happening... I thought I would die and that I was getting somewhere where something bad would happen to me” (11, sid.272).*

### **Patientens livslidande**

Patienterna upplevde en psykos som ett okontrollerbart sinne av sig själva. Detta resulterade i överväldigande och utmattande emotionella och psykiska känslor av en förändring och en förlorad kontroll över sig själv och sitt liv (10,11), kvar blev bara känslan av att inte riktigt vara närvarande. Patienterna beskriver psykosens som en förvirrande och skrämmande situation (10). Patienterna kände sig sårbara över att ha dessa smärtfyllda upplevelser. Känslan av trygghet värderades högt då de under sin psykos kände sig otrygga (11). Det subjektiva intrycket av ett psykotiskt sammanbrott, enligt patienterna, var djupgående/genomgripande, och kunde resultera i en förlust av sociala roller, hopp, strävan och leda till stigmatisering. Trauman, enligt patienterna, som kunde relaterades till psykosens början delades in i svåra trauma och milda förändringar i livssituationen. Exempel på svåra trauman kunde vara våldtäkt eller att ha blivit rånad eller förolämpad. Exempel på lättare förändringarna kunde vara uppbrott från en relation eller en förlust av arbetet. Självmordsplaner upplevdes av patienterna vara relaterat till deras psykiska ohälsa och många hade gjort försök till självmord. Anledningen till detta var att den psykiska ohälsan gav känslan av hopplöshet, frustration, meningslöshet, depression eller av att ha tappat kontrollen över sig själv (14,15). Viljan till att dö låg, enligt sjuksköterskan, i patienternas inre upplevelser av sig själv och/eller i deras livssituation. Ibland resulterar patienternas subjektiva egna inre

värld i en störd verklighetsuppfattning, vilket patienterna upplevde som smärtsamt och gav en stark känsla till att ha tappat kontrollen. Tanken på att ta självmord kunde då bli en besatthet, även om de inte ville ta sitt liv (15).

*“...the thought of committing suicide can almost be like an obsession, it forces itself upon the patient, some try to brush it away, they really don't want to commit suicide but it returns as an involuntary thought”(15, sid.262).*

Patienterna såg sig själva som människor med en hög ångest, rastlösa, upprörda och vassa/fientliga till sin personlighet. Patienterna upplevde också problem med tänkandet och sömnen. Tänkandet beskrevs som att tankarna rasar igenom huvudet. När svåra symtom som hallucinationer och illusioner lättade, var det andra problem som framträdde och som upplevdes som jobbiga. Exempelvis att patienterna isolerat sig ifrån andra människor. Många patienter var missnöjda med tendensen av sin inåtdragenhet och att de drar sig undan från andra (16).

*”Sometimes I get thoughts in my mind that I know are definitely not true. Say, to harm somebody, which I didn't do, like the police for instance, I think I will kill six policemen. I know that is not true” (16, sid.145).*

Det fanns patienter som uttryckte en vilja om att få ändra medicin då det var många patienter som gick på mediciner som de inte tyckte fungerade. När en ny medicin prövades så blandades hopp med rädsla. Patienterna satte hopp till att symtomen skulle försvinna och att resultaten skulle överensstämma med de mål som de själva satt upp. Exempelvis att känslor och humör skulle bli mer stabila och att koncentrationen skulle bli högre, få ett bättre minne, mindre hallucinationer och ett mer ”normalt”, allmännyttigt liv (16,17). Patienterna var rädda för att den nya medicinen inte skulle vara effektiv och fungera och att det skulle resultera i att de skulle få återkomma till sjukhuset och stanna där för resten av deras liv. Rädslan var även stor för biverkningarna (16).

*”Voices are going to be to strong and I can't cope coming back to the hospital and trying new medications” (16, sid.146).*

## **Omvårdnadsåtgärder**

### *Information*

Återhämtning från ett psykotiskt tillstånd resulterar i djupgående förändringar i beteende och symtom. Förbättringen följde ingen linjär linje. Av sjuksköterskan krävdes följsamhet och en skiftning av roller genom hela processen. Rollskiftningen var nödvändig för att kunna ge tillräckligt med stöd för de nya behov som ständigt cirkulerade och uppkom i återhämtningsprocessen (17). När patienterna behövde bearbeta den psykiska upplevelsen och försöka förstå den, så blev de förvirrade när de inte fick den information de behövde för att fortsätta sin bearbetningsprocess (10). Patienterna ville förstå meningen med psykosen och på vilket sätt som den skulle påverka det dagliga livet i framtiden. Känslan av förändring och förlust av sig själv

upplevdes som skrämmande (10,11). Det psykotiska tillståndet blev diagnostiserat men patienterna blev inte delgivna vad det betydde eller tillfrågade om upplevelserna under psykosen (10). Patienterna upplevde att det var viktigt att få informationen om vad som hände, varför det hände och hur känslorna kunde bemästras (11,13,18). Patienterna uttryckte även ett behov av att veta sina rättigheter (13). Vården måste vara relaterad och anpassad till situationen och det psykiska tillståndet (11,13,18). Ett sätt att lindra patienternas restriktiva situation var att sätta upp gemensamma regler och erbjuda delaktighet. Detta gav tillfällen för patienterna att få information om målet med den vårdande interaktionen och behandlingen (18). Känslan av bemästring och självförtroende åstadkoms när patienterna kunde integrera informationen från psykosen och informationen som gavs under vårdtiden. Förutom den inre känslan av att mäkta med, så betydde det även självförtroende angående framtiden: patienterna kunde ta över en mer ansvarstagande roll och så sakteliga klara sig utan vård. Den psykotiska upplevelsen i sig själv var, enligt patienterna, viktig att bli informerad om, då resurserna för att klara av situationen själv var begränsad (10).

### *Bekräftelse*

Patienterna upplevde det också viktigt att återupprätta sitt tillstånd som de hade innan de blev psykotiska. Interaktionen mellan sjuksköterska och patient var ett problem. Enligt patienterna var interaktionerna spontana men det fanns ingen struktur och samtalet kopplades inte till patientens inre värld. Patienten visste inte syftet med samtalet eller hur ofta och när dessa samtal skulle förekomma (11). Patienterna kände att de inte blev accepterade för vem de var. Patienterna önskade att sjuksköterskorna skulle ta sig tid för att prata och lyssna (13). Patienterna kände att det var viktigt att bli förstådda och respekterade som människor (11,18,19) och litade på under en psykos. Patienterna förväntade sig att sjuksköterskorna både verbalt och icke verbalt skulle uttrycka sin vilja att stödja i denna svåra situation. Sjuksköterskans karaktär, orden som de använde, tiden och platsen som sjuksköterskan tog upp saker på var viktigt. När patienterna var totalt ockuperade av starka känslor så var det svårt för dem att ta order från någon, det var då viktigt att sjuksköterskan gav lite utrymme och tid för återhämtning och försöka hålla säkerhet och lugn (11,19). Upplevelsen av trygghet krävde närvaro av en sjuksköterska. Patienterna värdesatte sjuksköterskans kontinuerlighet i uppmärksamhet och förmåga att övervaka patientens situation och tillstånd (11,18), så att patienterna inte kunde skada sig själva eller andra (11).

*"I think concerning me and my situation, the nurses did the right things because I was in such a bad shape then. It could have been very bad if the nurses had forced me or had resorted to violence" (11, sid.272).*

Det som upplevdes som viktigast i en vårdande situation och som patienterna tyckte hjälpte dem bäst i en återhämtningsprocess var uppmuntrandet att komma och prata när de kände att de hade det svårt (20,21), särskilt enskilt med en sjuksköterska (21). Sjuksköterskans uppmuntrande till att hålla kontakten med kompisar och familj upplevdes viktigt liksom uppmuntrandet till att bilda nya kontakter med människor utanför sjukhuset och att göra saker ihop med andra människor. Patienterna kände att det var viktigt att bli informerade om vad de kan göra för att göra framsteg. Det ansågs

även viktigt att en interaktion var stödjande/uppmuntrande och att de fick social färdighetsträning (20). Trygghet upplevdes då patienterna kände att de inte behövde vara ensamma med deras upplevelser och att de kunde få hjälp och att det fanns människor runt dem som visste vad som hände (10,18). Sjuksköterskorna ansåg att de viktigaste vårdande interaktionerna var:

- att uppmuntra patienterna att komma och prata när de har svårt,
- uppmuntra patienterna när de gör något som är bra,
- förklara för patienterna anledningen till att de är på en vårdavdelning
- och hjälpa patienterna att se deras möjligheter.

Sjuksköterskan ansåg även att det viktigaste i den vårdande interaktionen var att ha en stödjande och uppmuntrande hållning (20). Sjuksköterskorna tolkade patienternas behov som att de behövde känna trygghet, bli sedda och respekterade. Den mest grundläggande önskan var för patienterna att bli bekräftad som en människa och att deras sårbarhet blev förstådd. Sårbarheten bottnar i en osäker självkänsla och en underliggande känsla av nedstämdhet (18).

*” it made it easier when I get information to myself. Information about what it is, what can be done and what can cause this. I think that it is very important at the beginning of the care to be able to discuss and get some advice. It is so frightening, it is important to get information about what had happened” (10, sid.61).*

Trots att relationen sjuksköterska –patient initialt identifierades som positiv och vänskaplig så var den till en början ytlig (17). Det var viktigt att sjuksköterskan var tillgänglig att prata med (16). När psykosen lättade så djupnade relationen. Den ökade förmågan till koncentration hos patienten tillät längre och mer meningsfulla samtal. Fokus förflyttades från omedelbara symtom och beteenden till att stödja patienten till mer självbestämmande och bättre självförtroende. Tilliten djupnade ju mer patienten öppnade sig för sin omgivning och den rådgivande rollen blev mer framträdande när patienten diskuterade känslor och framtid än då de fokuserade på sin omgivning inom sig själv (17). Relationen blev mer tröstande men det fanns ändå en viss distans, patienterna upplevde att det inte fanns någon gemensam upplevelse. Det finns ingen full förståelse över hur det är att lida av psykisk ohälsa och vilket inflytande det har på en människas liv (16).

Patienterna höll för det mesta med sjuksköterskorna om att syftet med att tvångsbehandla var att skydda och hjälpa, men patienterna upplevde också att tvånget användes som ett straff och för att göra det enklare för personalen. Patienterna uttryckte att de inte förstod varför de skulle få vård mot deras egna vilja och upplevde det som ett straff att andra skulle bestämma över deras liv (13). Desarmera aggression och klara av våld var en del av sjuksköterskans roll. Plötsliga aggressioner kunde ibland behöva tas tag i, som att lägga patienterna i bälte, och därmed neka patienternas önskningar och sätta gränser. När en verklighetsförlust blev så överväldigad att det blev till fara för patienterna och andra människor, kunde det vara bra att sjuksköterskan tog över

kontrollen. Detta även om det innebar en ökad sårbarhet för patienterna i just den stunden (11).

Enligt sjuksköterskan så upplevde de självmordnära patienterna en stark känsla av hopplöshet, meningslöshet och en förlorad verklighetsbild. Patienterna avslöjade också känslor av att inte ha något att leva för. Detta gjorde det svårt att erbjuda och hitta tillfällen för att ingjuta självförtroende i patienterna och det hindrade att hitta lösningar på patienternas jobbiga problemen. Vissa patienter döljde sina inre känslor och ville inte dela tankar eller känslor och det bildade en osäkerhet för sjuksköterskan som då inte kunde fastställa självmordsrisken eller komma i kontakt med patienterna. Patienterna gjorde fullkomligt klart att de inte ville ha kontakt vare sig verbalt eller icke verbalt. Det fanns även patienter som uttryckte alla sorts känslor, positiva som negativa. Dessa patienter var lättare att jobba med, de tog emot hjälpen som gavs och hade mycket lättare för att samtala och komma nära (15).

### *Kunskap*

En ny medicin innebär både rädsla och hopp. Symtom som aggressivitet och förlorad verklighetskontakt är svåra att leva med och kan göra det omöjligt att leva ett fungerande liv ute i samhället. Med en ny medicin så sätts hopp på att symtom skall försvinna och att resultat som stämmer överens med de mål som patienterna själva satt upp i sitt liv skulle få upplevas. Rädsla upplevdes av vårdpersonal i samband med risken att svåra biverkningar skulle göra patienterna omotiverade till den följsamhet som krävdes i medicinbehandlingen. Vidare låg rädslan i patienternas upplevelse angående medicinbehandlingen i reaktionen hos patienten när de blev medvetna om sina förluster som de gjort under de år de levt med sina svåra symtom (17).

En meningsfull information gjorde så att patienterna integrerade de psykotiska symtomen i sina liv som en erfarenhet som har lärt dem mycket om sig själva, deras egna resurser och hur de reagerar. Patienterna fick mer kännedom om var de kunde söka hjälp och vem de skulle kontakta. Accepterandet av det faktum att de kan få en andra psykos hjälpte patienterna att lära sig känna igen symtomen. Känslan av självförtroende och självkontroll gjorde så att patienterna kunde ha visioner om sin framtid. (10).

## **Metoddiskussion**

Syftet med detta fördjupningsarbete var att belysa patientens upplevelse av att leva i en annan verklighet och vad sjuksköterskan kan göra för att lindra lidandet genom omvårdnad. Problem uppstod från början när artiklar skulle sökas. Sökandet efter artiklarna gjordes med sökord som "realitylost" och "lost of reality" i kombination med andra sökord, men det gav inga träffar. Sökandet fick därför breddas med andra sökord som i artiklarna innefattade verklighetsförlust men där begreppet stod förklarad med andra ord i texten. Ändringen av sökord gjorde en betydande skillnad i antal träffar och innebar en större möjlighet till att hitta artiklar med stor relevans till syftet. Databaserna CINAHL och PubMed var de databaser som gav de relevanta artiklarna, men de räckte ändå inte riktigt till. Författaren noterade att flera värdefulla artiklar hade publicerats i ett fåtal tidskrifter. Sökningarna gjordes manuella på tre av dem, Journal of Psychiatric



and Mental Health Nursing (17,21), International Journal of Mental Health Nursing (12,15,20) och Journal of Advanced Nursing (13). Det som eftersöktes var det subjektiva egna upplevda lidandet hos patienten som förlorat sin verklighetskontakt, därför föreföll det viktigt att artiklarna skulle vara av kvalitativ design där patientens egna uttryck av känslor skulle framkomma så tydligt som möjligt och vad de ansåg vara viktigt för att omvårdnaden skulle ge ett bra resultat. Av de 12 artiklarna är det en (20) artikel som var utformad efter en kvantitativ metod. För att underlätta överföring av resultaten till svenska förhållanden valdes att begränsa undersökningarna till Europeisk forskning, men då det förekom värdefulla studier med stor relevans till syftet i artiklar från utomeuropeiska länder fick även två artiklar från Canada (16,17) och en artikel från Australien (12) innefattas i arbetet. De två artiklarna från Canada (16,17) nämnde inget om att studierna var etiskt godkända likaså var det en studie från Sverige (20). Av de 12 artiklarna så var det en som belyste genusperspektivet (15). Styrkan i flera av artiklarna var att det inte bara var den egna subjektiva upplevelsen hos patienternas känslor som framkom utan att det också fanns en dialog med hur vårdpersonal/sjuksköterskan uppfattade situationen, hur de tolkade patientens känslor och hur omvårdnaden kan bli bättre ur alla berördas perspektiv (10-16,18-21). Valet av Katie Erikssons (8) lidandet i vården som en teoretisk anknytning har gjorts då det finns starka samband mellan den lidande människan i vården och en människa som drabbats av en verklighetsförlust. Under arbetes gång så har det framträtt tydligt hur en människa som har förlorat kontakten med verkligheten lider på många olika plan. Ovetskapen om vad som händer med patientens "jag och själ" och vilken som är den rätta verkligheten leder till en stor förvirring hos patienten som kan orsaka stort lidande. Att ha Erikssons (8) teori i grunden underlättade förståelsen om lidandet i upplevelsen av en förlorad verklighet. Det finns dock en svårighet att överföra patientens beskrivelser av upplevelser i de olika begreppen av lidande vilket kräver mer tid och kunskap, men det kan ändå väcka mycket tankar och reflektion. Vissa upplevelser som framgår kan både tolkas som ett vårdlidande och sjukdomslidande. Fördjupningsarbetet har författats enskilt och det var både positivt och negativt. Positivt på det sättet att bilden av vad det var som författaren ville ha sagt var tydlig och behövdes inte förklaras. Negativt var det på det sättet att alla ser och tolkar olika där meningsskiljaktigheter skulle ha rått skulle det även uppkommit nya bättre idéer.

## **Resultatdiskussion**

### **Patientens sjukdomslidande**

I det presenterade resultatet från studierna i detta fördjupningsarbete så framkom att patienterna upplevde en minskad trovärdighet från sjuksköterskorna på grund av deras psykiska ohälsa. Det framkom även att patienternas önskningar och förfrågningar angående information avfärdades som något symtomatiskt (12). Patienterna kände att bemötandet blev dåligt och att de inte blev bekräftade på grund av brist på relevant och meningsfull information. Hur informationen gavs inverkar också på hur relationen mellan patient och sjuksköterska skulle utvecklas. En otillräcklig information eller en oförståelig information orsakade förvirring och ledde till en känsla av värdelöshet (10-12). Patienterna uttryckte behovet att bli lyssnade på, respekterade och önskade

delaktighet i beslutsfattandet. För att patienterna skulle kunna vara delaktiga krävdes det kunskap om sitt egna tillstånd. Patienten ville därför bli informerade och lyssnade till för att kunna få den kunskap som krävdes för att bli delaktig (12). Denna beskrivning av lidandet stämmer väl överens med Katie Erikssons (8) teori att sjukdomslidandet är förknippat med känslor som har att göra med att människan gestaltas som något mindre och sämre än den egna självbilden. Upplevelser av skam, skuld och förnedring var känslor som uppkom när patienten subjektivt kände sig misslyckad som människa. Dessa känslor uppkom när patienten inte kunde förmås att medverka i behandlingen eller som patient inte bli tagen på allvar. Patientens upplevelser betraktas inte som sanna. Patienten får känslan av att inte vara trovärdig. Patienten blir inte heller bekräftad. Patienten kan uppleva sig värdelös på grund av skam eller skuld. Patienterna kan också uppleva sig värdelösa på grund av att sjuksköterskorna ser olika på olika patienter och tillskriver dem olika värde. Upplevelsen av egenvärde är av grundläggande betydelse för hälsoprocessen och egenvärdet är beroende på upplevelsen av skam, skuld och förnedring. Att bekräfta en människa innebär att ge varje patient individuell vård och att förmedla till patienten att "jag ser". Bekräftelse ger patienten en tillförsikt att någon kommer tillmötes. För att kunna bekräfta i alla situationer som uppkommer krävs det mod att våga vara olika inför patienternas olikheter (8).

Det var viktigt att uppmärksamma patientens behov av information och att ge informationen efter situationen patienten befann sig i. Det var även betydelsefullt att från början informera patienten om dennes rättigheter på vårdavdelningen och vad behandlingen förväntas leda till för att patienten skulle kunna känna trygghet (11,17,18). Trygghet upplevdes när patienterna kände att de inte var ensamma med sina egna upplevelser och att sjuksköterskan var tillgänglig (10,11,18). Patienterna hade förväntningar på sjuksköterskans vilja att stödja patienterna genom vårdtiden. Detta genom att ha förståelse, respekt och tillit för en annan människa (11,18,19). Genom att erbjuda patienten delaktighet gavs det tillfällen för patienten att få information om målet med den vårdande interaktionen och behandlingen i den aktuella situationen (11,17,18), vilket även styrks av Hummelvoll (3) och Haugsgjerd (5). När patienterna upplevde en meningsfull information så var den förknippad med patienternas egna upplevelser av sin verklighetsförlust. Den meningsfulla informationen gav patienterna kunskap om sig själva, deras egna resurser och reaktioner, vilket ledde till självförtroende och självkontroll (10). För lindring av patientens sjukdomslidande krävs det av sjuksköterskan att bekräfta patienten, att finnas i närheten, vara delaktig i patientens kamp om lidandet och ge information. Det krävs att sjuksköterskan lyssnar på patienten och genom att ge en kontinuitet av ett fåtal vårdpersonal runt patienten för att kunna ge trygghet. Det krävs mod av sjuksköterskan för att våga vara delaktig i kampen.

### **Patientens vårdlidande**

I studierna framkom att patienterna som upplevde tvång kände sig kränkta (10,11,13,14). Oftast upplevdes detta i samband med tvångsmedicinering och/eller av att bli lagd i bälte, det vill säga bli fastbunden i sängen under pågående verklighetsstörning. Patienterna upplevde vårdmiljön som turbulent och osäker och att behandlingen av patienterna var oviktig och underordnande. En stor anledning till att patienterna upplevde vården negativt var att patienterna hade otillräcklig kännedom och

förståelse för sitt egna tillstånd och att den information som skulle täcka patienternas behov av denna kunskap inte gavs och att sjuksköterskan inte förklarade vad behandling skulle innehålla och leda till. Patienterna upplevde också en kränkande attityd då det inte fanns intresse att lyssna på patienternas åsikter och att åsikterna inte hade någon relevans (10,11,13,14,19). Patienternas upplevelse av tvång och kränkning som framkom av studierna har ett tydligt samband med Erikssons (8) teori om vårdlidandet. Kränkning av patienternas värdighet, fördömelse och straff, maktutövning och utebliven vård är ett vårdlidande. Utövande av makt är att beröva den andre friheten, detta eftersom man tvingar människan att göra handlingar som inte skulle väljas av egen fri vilja. Kränkning av patientens värdighet och patientens värde som människa utgör den vanligast förekommande formen av ett vårdlidande. Att ta ifrån patienten värdigheten så fräntas möjligheten att helt och fullt vara människa och därmed minskar också människans möjligheter att använda de innersta hälsoresurserna. Kränkning av patientens värdighet sker när den naturliga vården uteblir. Upplevelsen att inte bli tagen på allvar kan förorsaka ett outhärdligt lidande. Det kan ge en känsla av att inte finnas till för den andre, varje försök till kontakt blir meningslös. Att inte bli tagen på allvar är att bli ifrågasatt för den man är och fräntagen möjligheterna att bekräfta sin egen identitet (8).

Att medicinera patienten mot dess vilja var tillitsberövande och patienten såg det som ett övergrepp på integriteten. Tvångsmedicinering upplevdes som nedvärderande och var en traumatisk händelse för både patient och personal. När en patients aggression fick fritt utlopp nådde inte orden ut till patienten och patienten kunde inte längre begränsas på något annat sätt än till att vårdpersonalen fick ta till fysisk makt. Vanligtvis lugnade sig patienten vid den fysiska kontakten, vilket var bra då en handling som att bli lagd i bälte var ett allvarligt ingrepp mot patientens integritet. Att vara under tvångsbehandling bröt mot patientens vilja och det ledde till en känsla av ovärdighet och kränkning det var därför viktigt att lyssna till patienternas åsikter och förhållanden angående behandling och att tvångsmedicinering så långt som möjligt kunde undgås. Det var avgörande för behandlingsresultatet att patienten själv kände att det var viktigt att få medicinsk behandling och att det var nödvändigt. Sammanfattningsvis var det viktigt att sjuksköterskan gav konkret information om hur medicinen verkar, hur lång tid det tar innan effekten kommer och vilka biverkningar som förekommer. En riktig information visar på respekt och styrker samarbetet (10-14,19). Sjuksköterskorna i studierna hade kännedom om att tvånget i vården kunde ge ett vårdlidande för patienten men kunde inte se någon annan möjlighet till att hjälpa patienten ur situationen utan att patienten skulle skada sig själv eller andra. I tvångssituationer måste sjuksköterskan vara lyhörd, lyssna på patienterna och ha förståelse för att patienterna kan känna sig kränkta. Kunskap, information och bekräftelse krävdes för att patienten skulle trygghet och lindring i sin oro över situationer som krävde tvång (13).

### **Patientens livslidande**

En verklighetsförlust enligt patienterna var ett okontrollerat sinne av sig själva. Patienterna upplevde en förlorad kontroll över sig själv och sitt liv (10,11). Verklighetsförlusten gav upphov till smärtfyllda känslor som hopplöshet, frustration, meningslöshet och känslan av att vara sårbar och otrygg (10,11,14).

Verklighetsförlusten upplevdes som skrämmande och förvirrande. Patienterna kände ett behov av att bli skyddade från sårbarheten. Med detta menade patienterna att de behövde känna trygghet, förståelse, bli respekterade och litade på. Patienterna kände att detta var viktigt för att bli medvetna om sig själva och för att behålla integriteten (10,11). Patienterna såg sig som människor med hög ångest och vassa till personligheten, patienterna upplevde sig också rastlösa och upprörda (16). Deras verklighetsstörning upplevde patienterna vara relaterat till självmordsplaner eftersom verklighetsstörningen gav känslor som frustration, meningslöshet, nedstämdhet och att inte ha kontroll över livet och beteendet (14,15). Patienterna satte tilltron till nya medicinens effekt, att det skulle ge ett mer allmännyttigt liv och att resultatet skulle stämma överens med de mål som patienten satt upp i sitt liv (16,17). Enligt Eriksson (8) är ett lidande som innebär att människan inte kan umgås och vara med andra människor ett livslidande. Livslidandet är relaterat till allt vad det innebär att leva. Det är ett lidande som innefattar hela människans livssituation. Det självklara invanda livet har rubbats och har mer eller mindre tagits ifrån en. En människa som upplevt sig som hel kan plötsligt känna att identiteten som fanns som hel människa blir upplöst och kvar blir en massa delar med ett upplöst inre. Människan behöver tid för att finna ett nytt meningssammanhang, en plötslig påtvingad förändring av människans livssituation strider mot det naturliga (8), vilket framkommer som en stor otrygghet för personer som har förlorat sin verklighetsförankring (10-20).

Den mest grundläggande önskan var för patienterna att bli bekräftad som en människa och att deras sårbarhet blev förstådd. Sårbarheten upplevde patienterna bottnade i en osäker självkänsla och en underliggande känsla av nedstämdhet (18). Skyddet från sårbarheten upplevde patienterna när sjuksköterskan garanterade säkerhet inom vårdavdelningen och när det fanns en kontinuitet i interaktionerna (11). Patienterna ansåg det också viktigt att interaktionerna mellan patient och sjuksköterska var stödjande och uppmuntrande (20). Enligt patienterna var interaktionen ett problem. Problemet låg i att interaktionerna inte hade någon struktur och att samtalet inte sattes i samband med patienternas inre värld, vilket resulterade i att patienterna inte visste när eller hur ofta interaktionerna skulle förekomma (11). För att patienterna skulle kunna uppleva trygghet krävdes det närvaro av en sjuksköterska. Patienterna värdesatte sjuksköterskans kontinuerlighet i uppmärksamhet och förmåga att övervaka patientens situation och tillstånd (11,18), så att patienterna inte kunde skada sig själv eller andra (11). Trygghet upplevdes då de kände att de inte behövde vara ensamma med deras upplevelser och att de kunde få hjälp och att det fanns människor runt dem som visste vad som hände (10,18).

Lidandet som patienterna upplevde av att leva i en annan verklighet anses vara besvarat i resultatet, då studierna visade patienternas egna subjektiva upplevelse av en verklighetsstörning (10,12-20). I detta fördjupningsarbete framkom att patienternas upplevelse av att lida av en verklighetsstörning var genomgripande. Fördjupningsarbetet visade också att det behövdes kunskap, förståelse och tillit från sjuksköterskan för att kunna ge en effektiv vård, vilket även styrks av Hummelvoll (3) och Haugsgjerd (5). Olyckligtvis har det framkommit att vården inte levde upp till patienternas förväntningar. Orsaken till att patienterna upplevde sin tid på vårdavdelningen negativt

var framförallt att patienterna fick känslan av att inte vara hörd, att deras åsikter inte hade någon relevans och att deras tillstånd påverkade trovärdigheten. Betydande för patienterna var att informationen var relevant, begriplig och lättillgänglig. En för patienterna uttömmande information angående deras situation och tillstånd skulle öka känslan av delaktighet och därmed resultera i en effektivare vård med en ökad förståelse. Vilket även samstämmer med Erikssons (8) teori om lidandet i vården. Enligt Erikssons teori är förutsättningarna för att lindra, att skapa en vårdkultur där patienten känner sig välkommen, respekterad och vårdad. Detta innebär framförallt att inte kränka människans värdighet, inte fördöma och missbruka makt utan istället ge den vård som människan behöver (8).

### **Konklusion och vidare forskning**

Fördjupningsarbetet har belyst människors upplevelser av att leva i en annan verklighet och vilket lidande verklighetsförlust orsakar, fördjupningsarbetet belyser även vilka omvårdnadsåtgärder sjuksköterskan kan göra för att lindra lidandet. Patienterna upplevde ett okontrollerat sinne av sig själva och en känsla av att inte riktigt vara närvarande detta gjorde dem otrygga. Patienterna upplevde även en förändrad personlighet som isolerade dem från andra. Verklighetsförlusten resulterade i en förändring och förlust som gjorde att patienten själv inte hade några resurser för att själv klara av sin situation. För vårdandet krävdes ett bemötande från sjuksköterskan som bekräftar patienten och inger en känsla av trygghet och acceptans. Patienterna framhöll vikten av en relevant och förståelig information, kopplad till patienternas egna upplevelser, för att undvika förvirring och ytterligare rädsla för situationen. Respekt och förståelse gavs patienten genom att lyssna och göra patienten delaktig. Detta kräver en sjuksköterska som har både kunskap och mod att våga möta patientens lidande. Ett förslag till ytterligare forskning: Kan vården struktureras så att ett fåtal sjuksköterskor ansvarar för kontakten med patienten med syfte att inge en ökad trygghet?

## Referenser

1. Socialstyrelsen. Folkhälsorapporten.  
[www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7456A448-9F02-43F3-B776-D9CABCB727A9/6169/20051114.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7456A448-9F02-43F3-B776-D9CABCB727A9/6169/20051114.pdf) [tillgänglig 070907].
2. Cullberg J. Psykoser: ett integrerat perspektiv. 2 uppl. Stockholm: Natur och Kultur; 2002.
3. Hummelvoll J-K. Helt – icke stykkevis og delt. 6 uppl. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2004.
4. Ottosson J-O. Psykiatri. 6 uppl. Stockholm: Liber; 2004.
5. Haugsgjerd S. Psykiskt lidande. Stockholm: Natur och Kultur; 1999.
6. International statistical classification of diseases and related health problems: ICD-10. 2 uppl. Geneva: World Health Organization; 2004.
7. MINI-D 4:diagnostiska kriterier enligt DSM-4-TR. Danderyd: Pilgrim press; 2002.
8. Eriksson K. Den lidande människan. Stockholm: Liber; 1994.
9. Göteborgs Universitet. Checklista för artikelgranskning.  
<http://kursportal.student.gu.se/data/OM2240/Kursinformation/Riktlinjer%20f%F6r%20omv%E5rdnad%20-%eget%20arbete%20HT07.pdf> [tillgänglig 071005].
10. Kilku N, Munnukka T, Lehtinen K. From information to knowledge: the meaning of information-giving to patients who had experienced first-episode psychosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2003;10(1):57-64.
11. Koivisto K, Janhonen S, Väisänen L. Patients' experiences of being helped in an inpatient setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2004;11(3):268-275.
12. Happell B, Manias E, Roper C. Wanting to be heard: mental health consumers' experiences of information about medication. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2004;13(4):242-248.

13. Olofsson B, Norberg A. Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;33(1):89-97.
14. Tarrier N, Khan S, Cater J, Picken A. The subjective consequences of suffering a first episode psychosis: trauma and suicide behavior. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2007;42(1):29-35.
15. Carlén P, Bengtsson A. Suicidal patients as experienced by psychiatric nurses in inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2007;16(4):257-265.
16. Forchuk C, Jewell J, Tweedell D, Steinnagel L. Reconnecting: The Client Experience of Recovery From Psychosis. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2003;39(4):141-150.
17. Forchuk C, Jewell J, Tweedell D, Steinnagel. Role changes experienced by clinical staff in relation to clients' recovery from psychosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2003;10(3):269-276.
18. Hummelvoll J-K, Severinsson E. Nursing staffs' perceptions of suffering from mania in acute psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing*. 2002;4(38):416-424.
19. Omérov M, Edman G, Widstedt B. Violence and threats of violence within psychiatric care – a comparison of staff and patient experience of the same incident. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2004;58(5):363-369.
20. Rask M, Brunt D. Verbal and social interactions in Sweden forensic psychiatric nursing care as perceived by the patients and nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2005;15(2):100-110.
21. McKenzie L H. Service users and carers' experiences of a psychosis service. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2006;13(6):636-640.





## Bilaga 1

### ARTIKELPRESENTATION

Översikt av artiklar som ingår i uppsatsen (n=12)

Referens	10
Titel	From information to knowledge: the meaning of information-giving to Patients who had experienced first-episode psychosis
Författare	Kilkku N, Munnukka T, Lehtinen K
År	2003
Tidskrift	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing
Land	Finland
Syfte	Beskriva hur patienter med den första episodens psykos upplevde informationsgivningen och meningen utav dessa upplevelser för patienten
Metod	Konstruktionen av studien baserades på en omvårdnadsmodell som var modifierad och kombinerad med psyko-undervisningsmodellen som utvecklades i Buckingham och den behovsanpassade behandlingsmodellen utvecklad vid "the national Finnish Schizophrenia Projekt". Alla de sju deltagare hade varit eller var behandlade enligt omvårdnadsmodellerna, vilket möjliggör en förutsättning att alla deltagare delgivit information. Intervjuerna var kvalitativa och öppna. Sex patienter intervjuades i det egna hemmet och en intervjuades på sjukhus. Intervjuerna både bandinspelades och skrevs ned. Intervjuerna varade mellan en halvtimme och två timmar. Analysen var fenomenologisk där forskarnas egna vetande sattes åt sidan.
Referenser	42

---

Referens	11
Titel	Patients' experiences of being helped in an inpatient setting
Författare	Kovisto K, Janhonen S, Väisänen L
År	2004
Tidskrift	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing
Land	Finland
Syfte	Beskriva patienternas upplevelse av att bli hjälpta under en deras första period av psykiatrisk vård på sjukhus
Metod	Beskrivande fenomenologisk studie. Nio vuxna, frivilliga patienter som höll på att återhämta sig från en akut psykos på en psykiatrisk vårdavdelning blev intervjuade. Intervjun var kvalitativ och öppen. Deltagarna blev intervjuade en till två gånger i 50-75 minuter. Frågor: kan du komma ihåg vad som hände när du kom till sjukhuset? Kan du beskriva vad som hjälper när någon har de känslor som du har haft? Analysen följde de generella dragen härledda från Giorgi, SDSS och GDSS. SDSS, a specific description of situated structure och GDSS, General description of situated structure. SDSS, inkluderade en beskrivning av den specifika individen och GDSS, inkluderade varje

Referenser      individspecifika placerade strukturer.  
43

---

Referens      12  
Titel          Wanting to be heard: mental health consumers' experiences of information about medication  
Författare    Happell B, Manias E, Roper C  
År              2004  
Tidskrift     International Journal of Mental Health Nursing  
Land          Australia  
Syfte          Undersöka konsumenters upplevelser, speciellt i relation till utbildning och beslutsfattande beträffande medicin  
Metod         Kvalitativ, explorativ metod. Nio konsumenter av psykisk vård med bred erfarenhet utav psykisk vård inom offentliga och privata system, inkluderat frivilligt och ofrivilligt intagning och samhällsvård blev intervjuade. Intervjun var informell och samtalsvänlig. Intervjuerna blev bandinspelad och transkriberad ordagrant. Transkriptionen blev systematiskt oberoende analyserad av två av forskarna  
Referenser    15

---

Referens      13  
Titel          Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians  
Författare    Olofsson B, Norberg A  
År              2001  
Tidskrift     Journal of Advanced Nursing  
Land          Sverige  
Syfte          Öka förståelsen av patienters, sjuksköterskors och läkares upplevelser av våld, i relation till deras egna och andras parters upplevelser  
Metod         Sju patienter, sju sjuksköterskor och sju läkare skildrade deras upplevelser av samma våldsamma händelse. De 21 intervjuerna blev analyserade fokuserat på narrativa element  
Referenser    34

---

Referens      14  
Titel          The subjective consequences of suffering a first episode psychosis: trauma and suicide behavior  
Författare    Tarrier N, Khan S, Cater J, Picken A  
År              2007  
Tidskrift     Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology  
Land          Storbritannien  
Syfte          Fastställa de subjektiva effekterna och konsekvenserna av att lida av första episodens psykos

Metod 35 patienter som för första gången vårdades på sjukhus för en icke-organisk psykos intervjuades. Intervjuerna var semistrukturerade för att täcka följande: konsekvenser av psykos: reaktioner till behandling: traumatiska reaktioner av psykosen: och självmordsbeteende

Referenser 29

---

Referens 15  
Titel Suicidal patients as experienced by psychiatric nurses in inpatient care  
Författare Carlén P, Bengtsson A  
År 2007  
Tidskrift International Journal of Mental Health Nursing  
Land Sverige  
Syfte Undersöka hur psykiatri sjuksköterskor upplevde inlagda patienter som hade ett självmordsbeteende

Metod Semistrukturerade intervjuer med 11 psykiatrisjuksköterskor, som var och en hade en erfarenhet på fem år av patienter med självmordsbeteende. Kvalitativ analys med en latent innebörd användes för att identifiera kategorier och teman som fångade meningen av sjuksköterskornas upplevelser av patienter med ett självmordsbeteende

Referenser 35

---

Referens 16  
Titel Reconnecting: The Client Experience of Recovery From Psychosis  
Författare Forchuk C, Jewell J, Tweedell D, Steinnagel L  
År 2003  
Tidskrift Perspectives in Psychiatric Care  
Land Canada  
Syfte Att förstå upplevelsen av återhämtningen från en psykos utifrån konsumentens perspektiv

Metod Naturalistisk, kvalitativ design med en etnografisk analysmetod. 10 subjekt blev intervjuade före och under det initiala året som behandling med clozapine och risperidone påbörjades

Referenser 20

---

Referens 17  
Titel Role changes experienced by clinical staff in relation to clients' recovery from psychosis  
Författare Forchuk C, Jewell J, Tweedell D, Steinnagel L  
År 2003  
Tidskrift Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing  
Land Canada  
Syfte Undersöka vårdpersonalens rollförändringar och relationer med klienter som återhämtar sig från en psykos

Metod Naturalistisk, kvalitativ design med en etnografisk analysmetod. Information söktes av vårdpersonal genom semistrukturerade gruppintervjuer. Vårdpersonal med ett direkt och regelbundet ansvar inkluderades. 50 intervjuer gjordes med vårdpersonalen, de flesta sjuksköterskor. 10 patienter intervjuades, sju män och tre kvinnor (26-51 år). Intervjuerna bandinspelades och skrevs ned ordagrant. Leininger's faser av kvalitativ analys användes för att identifiera kategorier och teman.

Referenser 19

---

Referens 18  
Titel Nursing staffs' perceptions suffering from mania in acute psychiatric care  
Författare Hummelvoll J-K, Severinsson E  
År 2002  
Tidskrift Journal of Advanced Nursing  
Land Norge  
Syfte Belysa sjuksköterskors uppfattning av människor som lider av mani och hur det påverkar tillhandahållandet av omvårdnaden  
Metod Studien baseras på en deltagande undersökning, dvs. problem i den kliniska miljön studeras och tolkas för att förse patienterna en omvårdnad och behandling med hög kvalitet. Informationen insamlades med hjälp av fokusgrupper. Analysen hade ett kvalitativ innehåll. Forskaren läste den nedskrivna intervjun ett flertal gånger för att få en överblick över innehållet, innehåll som behövde mer bearbetning togs upp vid nästa fokusgrupp intervju.

Referenser 29

---

Referens 19  
Titel Violence and threats of violence within psychiatric care – a comparison of staff and patient experience of the same incident  
Författare Omeróv M, Edman G, Wistedt B  
År 2004  
Tidskrift Nordic Journal of Psychiatry  
Land Norge  
Syfte Jämföra vårdpersonalens och psykospatienternas upplevelser av en och samma våldsamma incidens  
Metod 41 patienter och 41 vårdpersonal, som hade involverats i våldsamma incidenter, inkluderades. Intervjuerna var semistrukturerade och leddes utifrån ett frågeformulär. Intervjuformen gav friare diskussioner och mindre tillfällen för missförstånd. Vid summering av alla variabler användes ett standard program som beskrev statistiken, dvs. standard avvikelser och frekvenser.

Referenser 21

---

Referens	20
Titel	Verbal and social interactions in Swedish forensic psychiatric nursing care as perceived by patients and nurses
Författare	Rask M, Brunt D
År	2006
Tidskrift	International Journal of Mental Health Nursing
Land	Sverige
Syfte	undersöka patienters och sjuksköterskors uppfattningar om den ökande och av vikten av verbala och sociala omvårdnadsinteraktioner inom psykiatrisk rättsmedicinsk omvårdnad
Metod	Undersökningen baserades på ett frågeformulär som 20 patienter, sjutton män och tre kvinnor (20-46 år) och 87 sjuksköterskor, 32 kvinnor och 55 män (21-63 år) besvarade. Den beskrivande statistiken räknades ut procentuellt.
Referenser	25

---

Referens	21
Titel	Service users and carers' experiences of a psychosis service
Författare	McKenzie L H
År	2006
Tidskrift	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing
Land	Storbritannien
Syfte	undersöka hur människor med psykos och deras vårdare hade upplevt den mentala hälsovården
Metod	Frågeformulär besvarat av 29 människor med psykos och 29 hjälpare. Formuläret bestod av frågor med öppna svar. Sex personer valde att närvara vid intervju. Frågeformuläret och intervjuerna värderades med hjälp av en standard innehållsanalys procedur, vilken fastställer frekvensen av teman inom den insamlade informationen.
Referenser	24















































