

**INTERAKTIONEN MELLAN SJUKSKÖTERSKAN OCH MÄNNISKAN MED
PSYKOSSJUKDOM**

FÖRFATTARE	Mahmoud Gohari Daniel Licau
PROGRAM	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/ Omvårdnad – Eget arbete HT – 2007
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Lars Engen
EXAMINATOR	Ingbritt Öhrn

Förord

Till Lars Engen vår handledare.

Ett varmt tack för ditt tålamod och för värdefullt stöd, hjälp och en underbar vägledning under arbetet med vår C-uppsats.

Vi vill även tacka våra fruar Nourasteh och Sofia och våra barn: Azadeh och Andrea.

Tack för att ni stöttat oss och för att ni stod ut med oss.

Det kan inte ha varit lätt.

Mahmoud och Daniel

Titel:	Interaktionen mellan sjuksköterska och människan med psykos sjukdom
Title:	Interaction between nurse and people with psychosis illness
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete/OM2240/SPN8
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	25 sidor
Författare:	Mahmoud Gohari Daniel Licau
Handledare:	Lars Engen
Examinator:	Ingbritt Öhrn

SAMMANFATTNING

I vårt samhälle är schizofrena individer hårt drabbade och möts med misstänksamhet från olika håll som till exempel arbetsgivare. De känner sig helt enkelt mindre värda och stigmatiserade. Många av dessa skulle kunna fungera i arbetslivet om de hade blivit accepterade. Människor som lider av psykotiska störningar agerar mindre tillitsfull, mer defensivt, mer passivt eller helt undviker sociala kontakter då de är rädda för att bli avvisande. Jean Watson beskriver i sin omvårdnadsteori som begrepp att hjälpa en person att uppnå större självkännet, självbehärskning och själv – helande, oberoende av det aktuella tillståndet av hälsa – ohälsa. Syftet med vår litteraturstudie är att undersöka interaktionen mellan den psykotiska patienten och sjuksköterskan och fördjupa förståelsen för hur en individ upplever det att förlora verklighetskontakten. Litteraturstudien är baserad på 12 vetenskapliga artiklar funnit i CINAHL och PubMed samt genom manuell sökning. En viktig central faktor som kan främja psykotiska patienten är att dessa individer möts med acceptans när de söker vård. Vidare skall vården anpassas till individens individuella behov. Att känna sig accepterad kan skapa möjligheter till en bättre omvårdnad av psykotiska patienter. Jean Watson beskriver de interventioner som hör samman med den mänskliga omsorgsprocessen fodrar avsikt och vilja, en relation och handlingar. Processen innefattar synen på omsorg som ett moraliskt ideal med avsikt att bevara det mänskliga. Det är en medveten utmaning för sjuksköterskan att våga ställa sig inför sina egna förutfattade meningar. Detta skulle göra henne tryggare i att bemöta individer med psykossjukdom.

INLEDNING	0
BAKGRUND	1
HISTORIK	1
DEFINITION AV PSYKOSBEGREPPET	1
VAD INNEBÄR PSYKOS SJUKDOM?	2
PSYKOSUTLÖSANDE FAKTORER	2
PSYKOSENS OLIKA FASER	3
DIAGNOSTISKA UNDERSÖKNINGAR	4
LAGEN OM PSYKIATRISK TVÅNGSVÅRD	5
EPIDEMIOLOGI	5
OMVÅRDNADSTEORETISK PERSPEKTIV	6
SYFTE	8
METOD	8
RESULTAT	10
SJUKSKÖTERSKA – PATIENTRELATION VID PSYKOSER	10
HUR KAN SJUKSKÖTERSKAN STÖDJA PSYKOTISKA PATIENTER	12
VÅRD - UTVECKLING I SAMBAND MED OMVÅRDNADEN	13
DISKUSSION	15
METODDISKUSSION:	15
RESULTATDISKUSSION	15
REFERENSER	18
BILAGA 1	20
BILAGA 2	25
DSM-IV	25

INLEDNING

Vi har valt att skriva om sjuksköterskans omvårdnad med psykotiska patienter. Under vår kliniska praktik har vi stött på flera typer av patienter på både somatiska och psykiatriska vårdavdelningar. Vår uppfattning angående människor som lider av psykisk ohälsa är att de ofta har en bristande förmåga att ta hand om sig själva och sin kropp.

Dessa patienter har ofta svårt att uttrycka sina behov på grund av osäkerhet och otrygghet. Vi vill därför belysa vikten av att förbättra förhållandet mellan patient och sjuksköterska och att kunna främja bättre interaktion.

BAKGRUND

Historik

Psykiatri är troligen den mest föränderliga, fördomsbelastade och omdebatterade delen av sjukvården. Längre präglades den psykiatriska vården av en kombination av barbari och barmhärtighet och de psykiskt sjuka betraktades med en blandning av skräck, osäkerhet och förakt. Sedan mitten på 1900-talet har de styrande principerna varit fördomsfrihet, humanitet och integration. Mentalsjukhusen har lagts ner och vården har blivit samhällsorienterad. Före 1950 fanns inte mycket annat att erbjuda än tålmodig väntan på förbättring, mer eller mindre humanitär förvaring, ECT-behandling med primitiv teknik och dämpande läkemedel. Befolkningsstudier har visat hur vanligt psykiska sjukdomar och besvär är, vilket har minskat fördomarna (1).

Definition av psykosbegreppet

Psykos är ett fenomenologiskt - psykologiskt begrepp. Det finns inte någon biologiskt definierad term som täcker begreppet, inte heller någon specifik biologisk markör för psykos. Det som i folkmun kallas att vara tokig har olika innebörder och tokiga personer kan utpekade med en hög grad av samstämmighet även av icke-professionella bedömare (2). Psykos kommer av latinets psychosis och av grekiskans psyche som betyder själ. Psykos står ordagrant för "att ge liv åt själen" (3). Enligt Svenska Akademiens ordlista är psykos "psykisk sjukdom med dålig verklighetsanpassning och bristande sjukdomsinsikt; tillstånd av psykisk obalans med känslostyrt handlande" (4). Psykos är samlingsnamnet för en grupp tillstånd med störd verklighetsvärdering. De vanligaste symtomen är vanföreställningar och hallucinationer, samt frånvaro av sjukdomsinsikt, vilket betyder att omgivningens och den sjukes uppfattning av verkligheten uppenbarligen skiljer sig (3). I vissa fall förekommer konfusion/förvirring (2, 3). Patienter som känner sig nedstämda eller ångestfyllda mår dåligt, till skillnad från en psykotisk patient som kan må bra. Psykotisk är en person med gravt störd verklighetsvärdering som missbedömer sina sinnesintryck och tankar och drar felaktiga slutsatser i uppenbar motsats till omgivningen (3). En psykos kan ha större eller mindre inslag av följande fenomen, som emellertid vart och ett för sig inte kan kallas för psykotiskt (2). Karaktäristiska symtom för psykos enligt DSM – IV beskrivs här nedan.

Syn och hörselhallucinationer kan förekomma utan att verklighetsuppfattningen är störd. Psykotiska störningar, tillfälliga eller kvarstående, kan i varierande grad påverka människans förmåga att uppfatta och möta sin omgivning. Om verklighetskontakten

sviktar har störningen psykotisk valör. Detta medför symtom som vanföreställning, hallucinationer, förvirring och frånvaro av sjukdomsinsikt (2, 5). Dessa störningar är definitionsmässigt psykotiska. När symtomen försvinner upphör störningen således att vara psykotisk (2, 5).

Beteendeavvikelse förekommer i många andra sammanhang än vid psykoser. Det har i alla tider funnits människor med avvikande psykiska beteenden och upplevelser och dessa har hamnat utanför gemenskapen. I samhället finns det en rädsla och en stereotyp förställning om hur människor med avvikande beteenden och upplevelser är, vilket ger en stigmatisering (2, 3). Dessutom finns psykotiska personer med vanföreställningssyndrom som inte har beteendeavvikelse av sådan grad att de observeras av utomstående (2).

Konfusion eller delirium innebär att individens orienteringsförmåga vad gäller tid, rum och/eller personer brister. Psykotiska upplevelser ses ibland vid konfusion (den engelska termen är delirium). Konfusion är en tillfällig mental störning som kan uppträda vid allvarlig kroppslig sjukdom till exempel hjärntumör, demens, ischemi, hög feber i kombination med intorkning, trauma och stora kirurgiska ingrepp (2, 5). Det tyder på en primär inverkan på hjärnans funktion och har vanligen att göra med en fastställbar organisk störning, bristande blodförsörjning, hormonell eller toxisk påverkan eller feber.

Konfusion är ett akut tillstånd som försvinner när sjukdomen eller skadan som påverkar hjärnan försvinner (2, 3, 5).

Att vara psykotisk definieras i DSM- IV som att lida av vanföreställningar eller framträdande hallucinationer utan att ha insikt om deras patologiska natur. Utan att ge någon rekommendation anger man också en bredare definition, som tar in de hallucinatoriska tillstånden där personen har insikt i att det är fråga om hallucinationer. En än bredare definition innesluter i begreppet även desorganiserat tal och starkt desorganiserat katatont beteende som en form av schizofreni med starkt spänningstillstånd i musklerna. Parallellt anges även en mera dynamisk inriktad definition där begreppet innebär en förlust av jag gränser och långtgående försämring av realitetsprövningen (2). För mer utförlig beskrivning av DSM - IV se bilaga 2.

Vad innebär psykossjukdom?

En person som är psykotisk har en störd verklighetsvärdering och feltolkar sina sinnesintryck och tankar och drar därför felaktiga slutsatser jämfört med omgivningen. Till begreppet psykossjukdom räknas schizofreni, vanföreställningssyndrom, abstinens, påverkan av droger eller ett svårt vanföreställningssyndrom, mani och depression (3). Det finns en strävan att så långt som möjligt undvika diagnosen schizofreni, detta för att undvika stigmatisering. När psykotiska symtom uppvisas i upp till en månad kallas detta kortvarigt psykotiskt syndrom. Om symtomen fortsätter upp till ett halvår kallas detta schizofreniliknande syndrom. Det är först när symtomen uppvisats i över sex månader som diagnosen schizofreni kan bekräftas. En förutsättning är då att förvirring inte föreligger (5).

Psykosutlösande faktorer

Sömnbrist

Varje människa som inte får sova börjar efter en viss tid, kanske två till tre dygn, vackla i sin verklighetsuppfattning. Perceptionerna blir osäkra eller vanställda, självbilden liksom tolkningen av omvärlden förändras starkt och vantolkningar avvisas allt mindre. De flesta

psykosgenombrott inleds med en period av sömnsvårigheter. Troligen är sömnbrist den enskilda faktor som är starkast omedelbart ansvarig för att en psykos utlöses. Att hjälpa en person med akut psykos till en fungerande nattsömn är således primärt (2).

Isolering

De sociala tillbakadraganden som för många ingår som ett tidigt symtom vid en psykosjukdom, bidrar i sin tur till att sänka psykoströskeln genom att upplevelserna inte korrigeras i mötet med andra människor. Många psykosutvecklingar skulle bromsas om en sådan isolering tidigt kunde brytas på ett för personen acceptabelt sätt. Förmodligen sker psykosutveckling oftare i verkligheten än vad vi är medvetna om (2).

Somatisk störning/dysfunktion, eller endokrina obalanser är en annan vanlig tröskelsänkande faktor. Vissa sårbara kvinnor tenderar att komma över psykoströskeln i samband med den premenstruella fasen. Även andra somatiska sjukdomstillstånd kan vara psykosutlösande. Hjärnsjukdomar, kärlsjukdom eller tumör kan dels verka specifikt psykosutlösande genom att de drabbar känsliga centra, exempelvis i tinningloben, dels ha en allmänt tröskelsänkande effekt (2).

Alkohol- drog- eller giftpåverkan

Ett periodiskt kraftigt alkoholmissbruk kan hos vissa utlösa, ibland långvariga, psykotiska tillstånd av schizofreniliknande slag. Detta kan hänga samma med en liten hjärnskada som uppstått eller förvärrats av drickandet eller med att en genetisk psykosdisposition utlöses (2).

Psykosens olika faser

Den akuta fasen

Vilken anledning finns det att beskriva en akut psykos i olika faser? Det enklaste svaret är att man med hjälp av ett fasttänkande lättare kan orientera sig när man som behandlare möter någon i en sådan avvikande och oroande situation och vill förstå det man erfar. Det finns i psykosprocessen en likhet med den traumatiska krisens faser av chock, reaktion, bearbetning och nyorientering. I arbetet med att lära patienten känna igen tidiga tecken på att han eller hon håller på att återinsjukna är också detta fasttänkande viktigt (2).

Prodromala fasen

Denna fas, som är särskilt karaktäristiskt för de psykoser som vi betecknar som schizofrena, kan bara identifieras säkert om den följs av ett psykosgenombrott. Den kan fortgå i veckor, månader eller ibland år. Ofta akutiseras läget av sömnbrist, isolering eller fysisk nedsatthet. Livets förutsättningar börjar kännas alltmera främmande och svårförståliga. Det uppstår tolkningsproblem av innebörden i vardagliga skeenden. Varför kommer inte posten i tid? Varför är man till? Varför går jag just på den här gatan? Den självklara känslan av att leva i sammanhang sviktar. Det är svårt att se trygga och igenkännbara mönster i händelserna. Den reflekterande personen kan uppleva ökade svårigheter att skilja mellan vad som är hans eller hennes egen inre värld, vad som är fantasier och föreställningar och vad som är fakta och verklighet (2).

Prepsykos

Vid många, kanske hälften av alla psykos, förekommer ingen prodromalfas utan en prepsykotisk fas. Detta skede markerar en närhet till en sjuklig upplevelsevärld och innebär att sjukdomen håller på att forceras. Ofta övergår den snabbt i en öppen psykos men kan också fortsätta i flera veckor. Omvärlden upplevs som förändrad och alltmera hotande; man möter onda människor med stickande, forskande ögon i trappuppgången, man förstår allt mindre av vad människor säger då de befinner sig i grupper och anar viktiga och skrämmande avsikter i det som sker (2).

Psykos - tidig fas

Det som nu sker kallas "den kopernikanska vändningen". Uttrycket pekar på hur personen plösligt genomför en omvändning "ut och in" av världsbilden. Från att ha varit en alltmera förintad och periferi person utan någon makt att påverka skeendet blir jag världens mitt. Om missuppfattningar och hallucinationer funnits under den prepsykotiska fasen som egendomliga och skrämmande upplevelser är de nu centrum för upplevelsevärlden. Allt väsentligt som händer handlar om att min syn ska förvändas, min psykos förstörs, att jag ska oskadliggöras (2).

Först nu kan psykosen sägas ha tagit över kontrollen. Det kan verka som att omvärlden åter blir mera entydig, men på ett totalt subjektivt sätt. Plösligt kommer tidigare dolda sammanhang att framstå klart. Man förstår att det är fråga om en liga som opererar med hjälp av laserstrålar. De går in och stjälar material i datorn eller utsätter sängen för elektriska laddningar som påverkar ens tankar (2).

Psykos - sen fas

Ett vanligt problem i den senare psykosfasen är att den antipsykotiska behandling som ofta har inletts ges i alltför hög dos och därför påverkar patienten så starkt att förbättringen döljs bakom biverkningar. Hallucinationerna verkar visserligen vara borta men det allmänna beteendet är präglad av slöhet och kontaktlöshet som lätt tolkas som uttryck för kvarvarande sjukdomssymtom. I stället för att minska på medicineringen ökar man den (2).

Postpsykotisk fas nyorientering:

Det finns psykos där återhämtning inte sker fullt ut. Att förhindra eller minimera dessa tillstånd, som är karaktäristiska vid schizofreni, är en av psykiatrins stora uppgift (2).

Diagnostiska undersökningar

Den psykiatriska diagnostiken innebär att skapa sig en preliminär uppfattning om arten och utsträckningen av psykos liksom av patientens och nätverkets möjligheter att bära och stå emot den psykotiska processen. Där ligger också en bedömning av behovet av dygnetruntvård och av medicinering. Vidare innebär diagnostiken att man ska fastställa om det rör sig om en psykos utan utpräglad inslag av affektiv sjukdom, somatiska komplikationer eller missbruk. För övrigt bör man avvakta med den exaktare klassifikationen av vilken psykos typ det rör sig om, tills man kunnat följa förloppet tillräckligt länge (2). En kroppsundersökning med somatisk status bör inte föreslås förrän kontakten tillåter det. I vissa fall kan patienten vägra. Det gäller då att kompromissa, tänka på vad situationen kräver och eventuellt låta det vara en tid. Undersökningarna är ju inget självändamål.

EEG, datortomografi eller magnetkameraundersökning av hjärnan bör ej heller göras förrän man fått god kontakt med patienten. Vid misstanke om organiska inslag måste det

dock ske tidigare och man måste då försöka motivera patienten. Anledningen till att göra dessa relativt besvärliga och kostsamma undersökningar är att man hos kanske 10 % av förstagångsinsjuknade finner små och någon gång större avvikelser i hjärnan. Dessa är ofta betydelselösa, men det kan vara värdefullt att ha ett utgångsvärde. De flesta patienterna med få undantag uppskattar att bli väl undersökta och reagerar positivt då de får höra att man inte kunnat upptäcka något sjukligt.

Neuropsykologiska undersökningar bör helst göras i en psykosfri fas. De ger upplysning om sådana kognitiva störningar eller brister som ibland gör psykosreaktionen mera förståelig. De kan också ge tips för rehabiliteringsinriktning (2).

Lagen om psykiatrisk tvångsvård

Ett undantag från skyddet mot privat kroppsligt ingrepp och mot frihetsberövande utgörs av lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT. Genom LPT möjliggörs tvångsvård av personer som lider av psykisk ohälsa (6).

Lagen (1991: 1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) trädde i kraft den 1 januari 1992. Den bygger jämfört med den tidigare lagen på området, förkortad LSPV – på en delvis ändrad syn på psykiska sjukdomar och därmed jämställd psykisk abnormitet. För att markera detta används samlingsbegreppet allvarlig psykisk störning. Ändamålet med tvångsvården ska vara att se till att den som har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som ges efter intagning på en sjukvårdsinrättning, blir i stånd att frivilligt medverka till fortsatta stöd och behandlingsinsatser (2§). Lagen är utformad så att patientens eget vårdbehov blir utgångspunkten för bedömningen av om tvångsvård ska kunna komma ifråga (7). Psykiatrisk tvångsvård kan ges på en sjukvårdsinrättning, som drivs av ett landsting eller kommun. Om det finns synnerliga skäl får efter regeringens bestämmande tvångsvård även ges på ett enskilt vårdhem. En vårdplan ska upprättas snarast efter intagningen. Denna ska så långt möjligt upprättas i samråd med patienten och om det inte är olämpligt också med dennes närstående. I planen ska anges de behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården ska uppnås och för att resultaten av dessa insatser ska kunna bestå (16 §). Samråd ska också äga rum i fråga om behandlingen under vårdtiden med patienten när det kan ske och med dennes närstående om det inte är olämpligt. Behandlingsåtgärderna skall anpassas till vad som krävs för att uppnå syftet med tvångsvården (17 §) (7).

Epidemiologi

I Sverige insjuknar årligen 1 500–2 000 personer i en psykos. En mindre andel av dessa får diagnosen schizofreni. Livstidsrisken för att insjukna i schizofreni är omkring 0,8 procent vilket betyder att omkring 70 000 svenskar någon gång under sin livstid kommer att insjukna i schizofreni. I Sverige finns det idag 30 000 – 40 000 personer som behöver samhällets insatser.

Risken att insjukna i schizofreni kan vara möjlig för de människor vars en familjemedlem har haft sjukdomen. Den genetiska faktorn spelar en avgörande roll för den som får schizofreni. Människor som tidigare i sin släkt har haft en familjemedlem som lidit av schizofreni, löper större risk att drabbas av sjukdomen än dem som inte har haft någon i sin släkt där sjukdomen inte har förekommit.

Många regioner av det mänskliga DNA har undersökts för att identifiera gener som kan öka risken för att få schizofreni. Enligt vedertagen teori kan sjukdomen inte bara förorsakas på grund av en enda gen utan för att drabbas av schizofreni skall flera gener vara inblandade (8).

Omvårdnadsteoretisk perspektiv

Jean Watson

Jean Watson föddes 1940 och varit klinisk verksam inom bland annat psykiatrisk sjukvård. Doktor Jean Watson är ”Distinguished Professor of Caring Sciences” vid Colorado Universitetet (9). Hon definierar omvårdnad som en disciplin som bygger på humanistiska värderingar och som har en moralisk karaktär. Hon hävdar också att målet med omvårdnad enbart kan genomföras genom en mellanmänsklig relation mellan sjuksköterska och patient (10).

Jean Watsons omvårdnads teori omfattar:

- Omvårdnad i en kontext av humanvetenskap och konst.
- Samspel mellan personen/självet hos både sjuksköterska och patient med ande – själ – kropp - gestalt, i en intersubjektiv kontext.
- Mänsklig omsorgsrelation inom omvårdnaden som moraliskt ideal, som innefattar begrepp som fenomenologiskt fält, verkligt omsorgstillfälle och transprofessionell omsorg (11).

Jean Watson beskriver följande omvårdnads begrepp:

Värden

De värden som inryms i denna teori hör samman med en djup respekt för livets mysterier och med människors förmåga till förändring; en stor aktning och respekt för människans andliga – subjektiva centrum med förmåga att växa och förändras; ett icke – paternalistiskt förhållningssätt gentemot att hjälpa en person att uppnå större självkänedom, självbehärskning och själv – helande, oberoende av det aktuella tillståndet av hälsa – ohälsa. Detta värdesystem är förenat med ”kardiva faktorer”, (10) såsom humanistisk altruism känslighet gentemot självet och andra samt kärleksfull tillit till livet och andra människor. Omsorgen framställs som ett rimligt ideal för omvårdnaden, med ansvaret att bevara det mänskliga, värdigheten och helheten hos självet (11).

Mål

De teoretiska idealens mål hör samman med intellektuell – andlig tillväxt hos självet och hos andra, med att finna meningen i den egna existensen och erfarenheterna, att upptäcka inre kraft och kontroll samt möjliga tillfällen till transcendens och själv – helande (11).

Förändrare

I teorin ses den enskilda patienten som förändraren, men även sjuksköterskan kan medverka i förändringen genom den mänskliga omsorgsprocessen. Medlet för förändring är varken läkaren, sjuksköterskan, medicinen, behandlingen eller teknologin i sig, utan de personliga, inre, intellektuella – andliga mekanismer hos den person som låter sig helas genom olika inre och yttre metoder, eller utan yttre medel, men genom en intersubjektiv och ömsesidig process, där två personer kan överskrida självet och de vanliga upplevelserna. Detta synsätt inrymmer ett åtagande i riktning mot ett speciellt mål bortom sjukdomen eller det patologiska i sig, nämligen det moraliska idealet att bevara harmoni i ande – själ – kropp och bibehålla mänsklig värdighet och integritet (11).

Intervention

Interventionerna i denna teori hör ihop med den mänskliga omsorgsprocessen, där sjuksköterskan/personen och patienten/personen deltar fullt ut. Mänsklig omsorg fordrar kunskap om mänskligt beteende och mänskliga svar på aktuella eller tänkbara hälsoproblem,

kunskap om och förståelse för individuella behov, kunskap om hur man svarar på andras behov, kunskap om vår styrka och våra begränsningar, kunskap om vem den andra personen är, hans/hennes styrka och begränsningar, om vad situationen betyder för honom/henne samt kunskap om hur man tröstar, visar medkänsla och empati. Mänsklig omsorg fordrar hjälpande handlingar, det vill säga handlingar som gör det möjligt för någon annan att lösa problem, utvecklas och överskrida här - och - nu handlingar som hör samman med allmän och speciell kunskap om omsorg och mänskliga svar (10).

De interventioner som hör samman med den mänskliga omsorgsprocessen fodrar avsikt och vilja, en relation och handlingar. Processen innefattar synen på omsorg som moraliskt ideal med avsikt att bevara det mänskliga. Denna process bekräftar den personliga subjektiviteten och leder till en positiv utveckling för andras välbefinnande, men ger också utrymme för sjuksköterskan att själv lära sig något nytt och utvecklas. Kombinationen av interventioner kan kallas "karativa faktorer" (10, 11) och inkluderar:

1. Humanistisk – altruistiskt värdesystem
2. Tro och hopp
3. Känslighet gentemot självet och andra
4. Mänsklig omsorgsrelation, präglad av hjälpande och tillit
5. Att ge uttryck för positiva och negativa känslor
6. Kreativ, problemlösande omsorgsprocess
7. Transpersonell undervisning och inläring
8. Stödjande, skyddande och/eller förbättrande av psykisk, fysisk, social och andlig miljö
9. Tillgodoseende av mänskliga behov
10. Existentiella – fenomenologiska – andliga krafter (10).

Alla dessa karativa faktorer aktualiseras i varje ögonblick av den mänskliga omsorgsprocessen då sjuksköterskan är tillsammans med den andre. Human omvårdnad kräver att sjuksköterskan ska hålla särskilda intentioner, strävan, valören och visa intresse för en målsättning med mellanmänskliga omvårdnadshandlingar som syftar på att behålla sin personlighet och det humana hos såväl sjuksköterskan och patienten (10).

Några av dessa karativa faktorer som valdes ut är mest relevanta med syftet i denna litteraturstudie och dessa är: 3, 6, 7, 8, och 9. Den tredje faktorn beskrivs på följande sätt: att känna och acceptera sig själv är en viktig utgångspunkt för att kunna lära känna andra. Sjuksköterskans lyhördhet inför sig själv och andra är avgörande för hennes förmåga att använda sig själv terapeutiskt, hävdar Watson. I den sjätte faktorn framhåller Watson betydelsen av att sjuksköterskan går till väga på ett systematiskt vetenskapligt sätt när hon angriper patientens problem (10). I den sjunde faktorn menar hon att främjande av inläring, växt och utveckling hos patienten är en viktig del av sjuksköterskans funktion. Undervisningen skall ta sin utgångspunkt i patientens upplevelse av sin situation (10). Det framkommer utifrån faktor åtta att den innefattar åtgärder som sjuksköterskan dagligen genomför hos patienten och i dennes miljö, i syfte att främja hälsa och lindra lidande. I den nionde faktorn beskrivs betydelsen av att människan har fysiska, psykologiska, psykosociala och andliga behov som måste tillgodoses (10).

SYFTE

Syftet med vår litteraturstudie är att undersöka interaktionen mellan den psykotiska patienten och sjuksköterskan och fördjupa förståelsen för hur en individ upplever det att förlora verklighetskontakten.

METOD

I denna litteraturstudie har sökning efter vetenskapliga artiklar gjorts i databaserna CINAHL och PubMed samt genom manuell sökning i omvårdnadslitteratur.

Inklusionskriterier för samtliga sökningar var att artiklarna skulle vara vetenskapligt granskade, vara forskningsbaserade och vara publicerade mellan 1997 och 2007.

I CINAHL gjordes först en sökning med sökordet "Nurse* and interaction and schizophrenia" vilket gav 4 träffar, varav en valdes ut. Sökning på "Caring and psychosis" gav 5 träffar varav en valdes ut. Sökning på "Nursing and psychosis" gav 44 träffar varav en (Patients experience of ...) valdes ut. Manuella sökningar har gjorts som referens ifrån artikeln (Patients experiences). Detta gjordes i PubMed med sökord "Cleary M. and Edwards C. som gav 3 träff, varav en valdes ut "Something always comes up". Manuell sökning har även gjorts ifrån artikeln (Releasing the therapeutic....) detta gjordes i google med sökordet "Geekie J" som gav 27 träff och via den artikeln (Spiritual Emergency- a useful....) valdes ut referens nummer 23 (Listening to the voices.....).

Utifrån syftet har artiklarna kunnat delas in i tre kategorier. Artiklarna har granskats separat utifrån varje kategori. Resultatet presenteras i tre delar utifrån syftet.

De artiklar som används i litteraturstudien kommer från Sverige, Finland, England, USA och Australien. Av de utvalda artiklarna var en kvantitativ och nio kvalitativa och en både kvantitativ och kvalitativ och en review – artikel.

För mer utförlig beskrivning av de använda artiklarna, se bilaga 1.

Sökningen redovisas i nedanstående tabell:

Databas	Sökord	Antal artiklar	Utvalda artiklar (ref.nr.)	Sökning Datum
CINAHL	Nursing and psychosis	44	18	2007/10/22 - 30
CINAHL	Caring and psychosis	5	16	
CINAHL	Nurse*and interaction and schizophrenia	4	19	
CINAHL	Nursing and relationship and psychosis	3	20	
CINAHL	Nurse* and intervention and schizophrenia	16	12, 17	
CINAHL	Professional and relations and psychosis	11	22	
CINAHL	Care* and interactions and schizophrenia	13	23	
CINAHL	Nurse* and interactions and schizophrenia	7	15	
CINAHL	Related Articles till ref. Patient experience.....	3	13	
PubMed	Related Articles till ref. Patient experience.....	2	14	
Manuell	Related Articles till ref. Releasing the therapeutic.....		21	

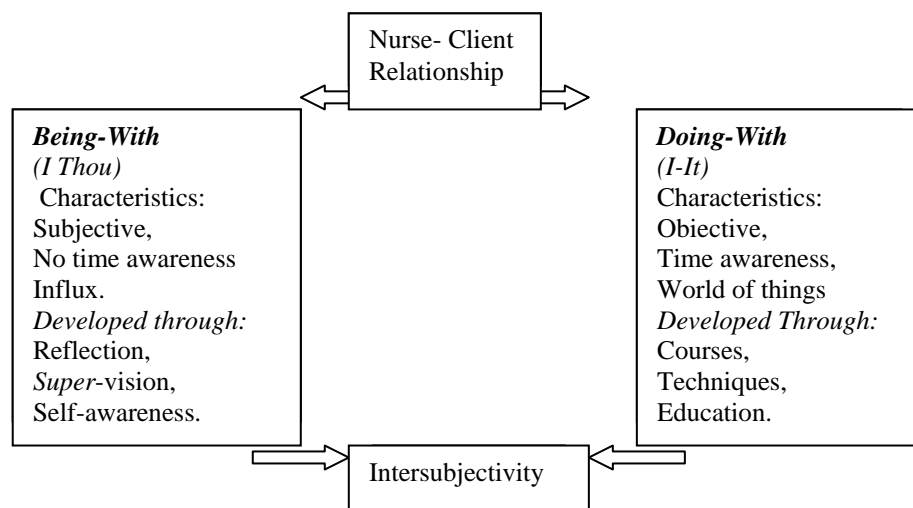
RESULTAT

Efter granskning av artiklarna och återkoppling till syftet kan artiklarna delas in i följande kategorier.

- Sjuksköterska – patientrelation vid psykoser
- Hur kan sjuksköterskan stödja psykotiska patienter
- Vård - utveckling i samband med omvårdnaden

Sjuksköterska – patientrelation vid psykoser

I en litteraturstudiestudie av författarna Hewit J, Coffey M beskrivs relationen mellan patient – sjuksköterska som ett terapeutiskt förhållande. Människor som har upplevt ett förhållande som terapeutiskt verkar ha bättre resultat. Ett resultat av ett antal metaanalyser är att terapeutiska förhållanden karakteriseras av förenklade och positiva interpersonella förhållanden med vårdaren som har inbyggda fördelar och detta är ett viktigt element av avancerade tekniker. På samma sätt som kognitiv beteendeterapi blir framgångsrik, behöver människor känna sig förstådda och involverade i de terapeutiska förhållandena (12). När sjuksköterskan är personlig och äkta i sin relation till patienten kan hon använda sig själv i ett terapeutiskt syfte. På det sättet stödjer hon den praktiska omvårdnaden och den terapeutiska interaktionen som en viktig del av patientvården (13, 14, 15). I en annan studie där intervjun baserades på ämnen gällande sjuksköterska – patient interaktionen, identifieras ett behov att granska strukturen som stödjer den praktiska omvårdnaden och den terapeutiska interaktionen som en viktig del av omvårdnaden. Omvårdnaden måste vara organiserad så att den inte bara svarar mot kravet att någonting konkret alltid händer. Medverkande i studien sympatiserade med sjuksköterskor och erkände behovet av mer patient tid. De trodde att den stora arbetsbördan, ansvaret och det höga antalet patienter bidrog till en försämrad patient – sjuksköterska interaktion. Ibland uppfattade patienterna det som att sjuksköterskorna var för upptagna för att hjälpa till. Patienterna skulle vilja ha mer tid med sjuksköterskorna men förstod att det var mycket att göra (13, 14). Författarna Hanson B, Taylor M F beskriver en modell av sjuksköterska patient - relation inom psykiatrin, och har sitt ursprung i Martin Bubers filosofiska tänkande där termerna ”Being With – Doing With” formar kärnan ”I-Thou och I-it” relationer. Nedanstående figur förklarar innebörden i modellen ”Being – With (I - Thou)” och ”Doing – With (I - It)” (13).



Reed hävdar istället att omvårdnaden måste fokusera på empowerment av människor och en utveckling av deras naturliga potential av hälsa och helande. Det finns en uttalad önskan om att bli bekräftad i sin sårbarhet, känna sig trygg, förstådd och att bli respekterad som person (13). När sjuksköterskor relaterar till patientens normala och vardagliga liv uppfattar patienten relationen som meningsfull, personlig och empatisk (12, 13, 14, 16). Den bilden, nämligen "I-It" relationen som sjuksköterskan har skapat sig, kan överensstämma med patientens egen bild av sig själv eller kan också vara helt annorlunda. Intersubjektiv verklighet beskrivs som ett subjekt till subjekt relation, förmågan att relatera till andra (13, 17, 18).

I "I-Thou" (jag du relation) relation står de båda individerna bredvid varandra, de delar den andres erfarenhet. Ingen tid existerar, man finns i mötet här och nu. Om t ex den ene tittar på klockan och markerar att denne är stressad så upphör "I-Thou" relationen.

Hela människan talar, inte bara med orden. Detta innebär att kommunikationen är djupare än bara på en lingvistisk nivå.

I "I-It" relationen används bara en del av människan. Här ingår perception, fantasi, vilja, känslor och tankar. När sjuksköterskan skall göra en klinisk analys är "I-It" relationen av stor vikt. Hela tiden pågår förflyttningar från "I-Thou" till "I-It" relation och tvärtom. Om en person är öppen för en "I-Thou" relation kommer det att provocera fram en liknande respons från omgivningen. Om någon blir bemött utifrån en "I-It" relation kommer den att svara utifrån detta, och vice versa (13).

Ett exempel beträffande patient – sjuksköterska relation utifrån koncepten "Being With" och "Doing With" är en patient som har lidit av ångest under flera år, till följd av en av hans föräldrars död i en trafikolycka flera år tidigare. Han var nyligen själv i en trafikolycka och har efter detta symtom på posttraumatisk stress och förvirring. Han kommer till en öppen psykiatrimottagning och träffar en sjuksköterska. Vid första mötet känner hon av hans oro och möter honom genom att konstatera: "Det måste vara svårt för dig att vara här, kan du berätta för mig hur det känns?" Patienten talar om sina känslor och en "Being – With" relation skapas. Efter några minuter ber sjuksköterskan patienten berätta om vad han varit med om tidigare. Hon tar reda på viktig information gällande hans sömnavanor, matlust, hans relationer och tidigare erfarenheter av ångest och oro.

Sjuksköterska stannar i "Doing – With" relationen och erbjuder patienten en "behavioural approach" för att hjälpa honom bemästra sin ångest (13).

Innan intervjun är över tittar patienten ner i golvet på kontoret, och sjuksköterskan förstår att han behöver bli mött på en annan nivå. Hon går över till en "Being – With" relation där patienten berättar att han känner sig förtvivlad över att han aldrig kommer att må bättre.

Hon lyssnar, men tiden rusar iväg och hon flyttar därför över till en "Doing – With" relation, som patienten känner av. Han verkar lättad över att ha blivit mött på ett djupare plan, och han framöver kommer att få hjälp med att bemästra sin ångest (13).

I en studie som gjordes av Rogers T S och Kashima Y i Australien visade det sig att det fanns en verklig skillnad mellan hur sjuksköterskor bemötte människor med diagnosen schizofreni och hur sjuksköterskor borde bemöta psykiskt sjuka patienter. Detta förklarades med de stereotypa föreställningar som fanns om psykiskt sjuka sedan barndomens socialisering – stigmatisering av psykiskt sjuka. Ju mer erfarenhet en sjuksköterska hade av psykiatrin, desto bättre var bemötandet av patienterna (19).

I relation patient - sjuksköterska skulle informationen som ges vara anpassad till patientens förmåga att kunna ta till sig information, personens kommunikativa förmåga och patientens förståelse av situationen. Detta kan bidra till att skapa ordning, överblick och förutsägbarhet för patienten, med bidrag även till att skydda patienten och ge god vårdkvalitet (14,15).

För att sjuksköterskan ska kunna uppnå en professionell relation med patienten ska sjuksköterskan kunna skilja mellan individen och dennes sjukdom. Det är viktigt att se på patienten som en individ. Därför är det viktigt att sjuksköterskan ska visa äkthet, värme, empati och respekt för individen och bekräfta dennes berättelser genom att ta sig tid och lyssna på individens upplevelser av sin sjukdom. Genom att låta patienten berätta om sina upplevelser får sjuksköterskan en fördjupad förståelse för individens problem och kan därmed sätta sig in i individens situation. Individens förtroende för sjuksköterskan kan förstärkas och han kommer att vara mera öppen i sin berättelse angående sin sjukdom. För att individen ska komma till insikt om sin sjukdom skall sjuksköterskan kunna ge information efter individens förmåga (12, 13, 14, 16).

Hur kan sjuksköterskan stödja psykotiska patienter

Psykiatrisjuksköterskornas roll är särskilt viktig eftersom patienterna har en begränsad tillgång till primärvården och akut- och specialistvård. Det är svårt att få fram precisa epidemiologiska data om människor med schizofreni (17). Om patienten söker hjälp tidigt så tenderar sjukdomsperioden bli kortare och inte lika allvarlig. Tidigt ingripande beror på om patienten och vårdaren känner igen de tidiga varningssignalerna på psykotisk sjukdom. Vanligtvis söker patienter vård för att de inte kan klara av dagliga aktiviteter. Om patienten inte söker hjälp i tidigt stadium vid första insjuknandet kan det ta längre tid att komma igång med behandling. Därför är det viktigt att söka hjälp vid ett tidigt insjuknande och få behandling i god tid (17).

I en studie gjord av Salzman – Erikson M och Eriksson H på patienter som har behandlats för psykoser, visade det sig att beröring är ett viktigt verktyg som skulle kunna användas (20). En känsla av samhörighet kan uppkomma genom fysisk kontakt, som kan betraktas som en drivkraft i sökandet av känslor och känslan av tillhörighet och gemenskap. Den fysiska beröringen i anslutning till pratstunden resulterade i låg puls, minskad oro och ängslan (20). Att kunna ge stöd till psykotiska patienter och kunna förstå dem kräver en omfattande kunskap. Forskning har visat att man inte har intresserat sig för patienternas egna upplevelser av psykoser. I en studie gjord av Jim Geekie visas hur kliniska psykologer använt sig av en kvalitativ studie där man har intervjuat både män och kvinnor i olika ålder (21). Man började diskutera med psykiatripersonalen om hur de kan bidra till att förbättra denna situation genom att lägga större vikt vid hur patienter ser på sina psykotiska upplevelser. Forskning som handlar om hur patienter själva ser på sin sjukdom har praktiskt taget inte existerat. Denna marginalisering har lett till, och yttrar sig så, att det inte finns många uttryck som kan användas för att beskriva alla de sätt människor med diagnosen schizofreni kan se på sina upplevelser. Det är viktigt att en del av patienterna får tala utförligt om vad de ger sina upplevelser för mening, och denna möjlighet borde erbjudas rutinmässigt på mottagningarna och under hembesök av sjuksköterskor (17, 21). Shotter menar att det är en grundläggande mänsklig rättighet att den egna upplevelsen ges auktoritet: ”i en etisk värld har, under normala omständigheter, ingen utom den person det är frågan om auktoritet att bestämma vad upplevelsen betyder för henne eller honom” (21).

Sjuksköterskorna använder sig av tre strategier för att öka patientens och vårdarnas tillträde till vård. En av dessa är att förstärka erfarenheten för att höja tillträdet. Den andra är att använda teknologi för att förstärka tillträdet och den tredje var att vara tillgänglig, vara där och finnas till. Dessa ingredienser kan hjälpa sjuksköterskan att ge stöd till sina patienter och våga söka hjälp för sin sjukdom. Det är också viktigt att sjuksköterskan bygger en vänskaplig relation till patienten så att hon visar att de är på samma nivå. Även om det tar

ett tag så är detta viktigt. Sjuksköterskan ska kunna använda teknologi för att förbättra tillgängligheten, då kan sjuksköterskan alltid vara tillgänglig. Till exempel kan ett telefonsamtal vara till stöd då hon säger att patienten när som helst kan ringa, vilket gör att patienten kan känna sig trygg (12, 17).

En aspekt som är viktig att beakta är patientens anhöriga som spelar stor roll i att utveckla det stöd man skall ge till psykotiska patienter. Deltagande av anhörigas erfarenheter eller upplevelser är att sjuksköterskor måste lyssna och värdera anhörigas åsikter angående bakgrundsinformation om patienten (16, 17).

Det är viktigt att sjuksköterskan förstår hur hon kan lindra patientens psykotiska besvär och förhindra återfall och stödja patienten för att återgå till den funktionsnivå som fanns innan psykosutbrottet (12, 14, 22).

Ett antal faktorer är centrala för att sjuksköterskan skall kunna stödja patienter.

Sjuksköterskan ska utifrån sin profession kunna uppmuntra patienten att tidigt söka hjälp. Ju tidigare man söker hjälp desto fortare får man hjälp och en adekvat behandling. En beröringshandling kan uppfattas som en känsla av att bry sig om den andre, vilket för en del individer kan innebära trygghet. För att kunna ge den trygghet som individen behöver, skall beröring utföras professionellt av sjuksköterskan. Beröring kan utlösa en vänskaplig relation mellan individen och sjuksköterskan. Med vänskaplig relation menas en mera professionell sjuksköterska - patient relation, där sjuksköterskans intressen ligger enbart i att stödja individens sjukdomsproblem. Individens verklighetskontakt är avgränsad, därför är det viktigt att sjuksköterskan tar hänsyn till individens personliga integritet för att han eller hon inte skall känna sig kränkt (20).

Det är också viktigt att ta hänsyn till individens sårbarhet. Sjuksköterskan skall kunna fördjupa sin förståelse om hur en individ ser på sina symtom. Detta kan uppnås genom att lyssna på individens berättelser och sjukdomsupplevelser (17, 21).

En annan central faktor som är viktig för att ge stöd till psykotiska patienter är att ta hänsyn till den information man får ifrån patientens anhöriga. Patientens anhöriga spelar en viktig roll i att utveckla den stöd man skall ge till psykotiska patienter (21).

Vård - utveckling i samband med omvårdnaden

De här artiklarna handlar om vårdkvalitet hos personer med schizofreni, som bor i ett boende med hjälpresurser eller befinner sig i klinisk verksamhet som har problem med psykisk sjukdom. Fokus i dessa artiklar ligger på psykotiska patienter som behöver individuellt stöd vid psykoser, patientens individuella perspektiv, personcentrerad inriktning, patientens egen fria vilja samt individuellt anpassad vård (12, 13, 16, 18, 23). Erfarenheter av psykisk sjukdom grundar sig på patienters maktlöshet i synnerhet då deras sjukdomsbeteende håller i sig och när de återfaller i sjukdomen.

Psykiatrisk vård behövs för att bekräfta en del av detta fenomen; sjuksköterskans humanistiska respons på olika livsproblem hur andra människor kallas för psykisk sjuka och deras ansträngningar att utveckla en effektiv relation och förhållanden till dessa. Det första eller det primära är att sjuksköterska ska kunna få med patienten på att komma till sjukdoms insikt och omorganisera deras beteende och uppfattningsförmåga (18). Från detta perspektiv styrks psykiatrisk omvårdnad att vara målet som syftar på att identifiera och beskriva och är riktad mot upplevelsen av psykiskt lidande. Det är mycket viktigt att studera etiologi och sjukdomen från en psykiatri sjuksköterska perspektiv. Det är också viktigt att bli medveten om patientens lidande och hur dessa klarar få ordning att få tillbaka sin självkänsla. Omvårdnaden ska baseras på patientens upplevelse. Detta visar sig vara centralt för patienten och patientens självbestämmande (13, 17, 18).

Vid en studie som gjordes i England ordnade man stöd i form av psykosutbildning för att hjälpa familjemedlemmar som nydiagnostiserats med bestående psykisk sjukdom. Psykosutbildningen användes som en problemlösning för att föra samman familjer som en stödgrupp (16).

De avgörande principerna för psykiatrisk omvårdnad har traditionellt innefattat utvecklingen av arbetet och förhållandet till människor. Redan på 1950- talet identifierades förhållandet mellan patient och sjuksköterska och fasen av sjuksköterskans utveckling av terapeutisk relation. Empiriska undersökningar av terapeutiskt förhållande började 1976. De tidiga modellerna var grundade på psykodynamisk teori och resultatet mättes med hur man uppnådde positiv överföring (12). Positiv överföring är en viktig resurs i psykoanalysen och präglas av att den hjälpsökande har förtroende för terapeuten. Överföringen betyder att patienten spelar upp sina psykiska problem inför terapeuten, som därmed får förstahandskunskap om dem, möjlighet att konfrontera patienten med dem och inte minst göra honom medveten om dem. (24).

Några termer används omväxlande i litteraturen om terapeutiskt förhållningssätt. Dessa är terapeutisk relation, arbetsförbindelse och sjuksköterska – patient förhållande. Den centrala rollen av dessa är att skapa ett hjälpande förhållande till människor med psykisk sjukdom. De här förhållandena definieras på olika sätt. Det psykodynamiska perspektivet grundas på Freuds tankar om omedvetna processer och positiv överföring. Carl Rogers ligger bakom humanistisk psykologi och personcentrerad terapi. Resultatet av den personcentrerade inriktningen beror på hur sjuksköterskorna betar sig mot patienten. Relationen mellan patient och sjuksköterska skapas av förtroende, empati, respekt, utmaning, stöd och människovärde (12, 14, 21).

Patienter känner äkthet i kontakt med sjuksköterskan genom den verbala kontakten, gester och hela sjuksköterskans sätt att vara, även under tystnad (17, 20).

För att använda sjuksköterska – patient förhållande krävs speciella färdigheter med vilka man behandlar beteende och kognitiva manifestationer av sjukdomen. Den vanligaste tekniken som används idag kallas KBT- kognitiv beteende terapi. Kognitiva beteende terapier är effektiva och evidensbaserade sätt att behandla schizofreni, men det är orealistiskt att förvänta sig att människor skall tala om sina känslor och tankar utan att först kunna utveckla förtroende och respekt för utövaren (12).

Det som människor behöver är att någonstans känna sig säkra och accepterade, att det fanns någon att prata med i lugn och ro miljö, hjälp med att kontrollera känslor och stöd från någon som lyssnar. Patienter utvecklar ett hopp om närmare vänskapsrelation med sjuksköterskan (12, 14, 17).

I vårt samhälle är schizofrena individer hårt drabbade och möts med misstänksamhet från olika håll som till exempel arbetsgivare. De känner sig helt enkelt mindre värda och stigmatiserade. Många av dessa skulle kunna fungera i arbetslivet om de hade blivit accepterade. En viktig central faktor som kan främja vård - utveckling är att dessa individer möts med acceptans när de söker vård. Vidare skall vården anpassas till individens individuella behov. Att känna sig accepterad kan skapa möjligheter till en bättre omvårdnad av psykotiska patienter. Det är viktigt att sjuksköterskan tar hänsyn till individens egen vilja och att får vara med och medverka i omvårdnadsplanering. Det är viktigt att individen upplever självbestämmande och inte känner underordnad. Detta bidrar till en bättre sjuksköterska – patient interaktion (12, 14, 17).

DISKUSSION

Metoddiskussion:

Syftet med vår litteraturstudie är att undersöka interaktionen mellan den psykotiska patienten och sjuksköterskan och fördjupa förståelsen för hur en individ upplever det att förlora verklighetskontakten.

I denna litteraturstudie användes sammanlagt tolv vetenskapliga artiklar. Sökningen efter material inleddes med sökorden "communication and nursing" samt "communication and nursing care" i kombination med "psychosis". Detta resulterade i ett stort antal artiklar som inte överensstämde med vårt syfte. Däremot hittades artiklar vid varje tillfälle man sökte med sökorden "interaction and psychosis" och "nursing and intervention and psychosis". Detta resulterade i många artiklar som handlade om psykoser och som var relevanta för vårt syfte.

De artiklar som användes i vår litteraturstudie var forskningsbaserade, vetenskapliga och granskade och publicerade mellan 1997 och 2007. Artiklarna granskades med avseende på titel. Av dessa fick vi fram ett fyrtiotal artiklar som granskades. Slutligen valdes tolv av dessa ut som var mest relevanta för vårt syfte. Artiklarna som valts ut har kunnat delas in i tre kategorier som redovisas i resultatet.

Nio av de tolv artiklarna vi har valt att använda var kvalitativa. Utifrån dessa kvalitativa artiklar kunde vi dra konkreta slutsatser. Artikel 14 var både kvantitativ och kvalitativ och artikel 19 var en kvantitativ artikel. Dessa artiklar valdes också ut och därmed drogs mindre konkreta slutresultat. En artikel nämligen 12 är en review - artikel med goda och relevanta drag. Artiklarna är från Sverige, Finland, England, USA samt Australien vilket innebär att vårt resultat kommer att vara relevant i länder med västerländsk tradition vilket kanske är en begränsning.

Vi har kommit fram till att det finns en koppling mellan Jean Watsons omvårdnads teori och innehållet i artiklarna. Enligt Jean Watson är omvårdnad samspel mellan personen/självet hos både sjuksköterska och patient med ande – själ – kropp – gestalt, i en intersubjektiv kontext (11). I artiklarna framkommer också vikten av samspelet mellan personen och sjuksköterskan och att detta sker i en intersubjektiv kontext.

Jean Watsons syn på omvårdnad bygger uppenbart på Carl Rogers tankar om terapeutiska relationer. Begrepp som kongruens, värme och empati är centrala i beskrivningen av sjuksköterskans förhållningssätt gentemot patienten (9). Detta poängteras i artiklarna i en kontext där terapeutiskt förhållande gav bättre resultat då förhållanden mellan patient – sjuksköterska karakteriserades av positiva interpersonella förhållande med vårdaren och att människor har en känsla av att bli förstådda och involverade i de terapeutiska förhållandena (11).

Resultatdiskussion

Syftet med vår litteraturstudie var att undersöka interaktionen mellan psykotiska patienten och sjuksköterskan och fördjupa förståelsen för hur en individ upplever det att förlora verklighetskontakten. Vi har kommit fram till att vår litteraturstudieundersökning har fått svar på vårt syfte. Först och främst har vi fått svar på hur människor med psykossjukdom önskar att bli bemötta, behandlade och vårdade och hur deras upplevelser kommer att påverka behovet av individuell och bekräftande omvårdnad och hur sjuksköterskan bör bemöta dessa människor för att kunna ge individen bästa omvårdnad.

En bidragande faktor som väckte vårt intresse för Jean Watsons teori var att hon själv har varit klinisk verksam inom psykiatrisk sjukvård (11).

Vi valde att använda oss av Jean Watson omvårdnadsteori eftersom hon ser den enskilde patienten som förändraren. Genom den mänskliga omsorgsprocessen kan sjuksköterskan medverka i förändringen (11).

Jean Watson beskriver omvårdnad som en humanistisk, mellanmänsklig process. Vidare beskriver hon sjuksköterskans roll och metoder där hon lägger tonvikten på kärnan i terapeutiska relationer mellan sjuksköterska och patient (9). Vi kan se detta i resultatet som en utmaning för sjuksköterskan att förstå patienten, vilket fordrar kritiskt tänkande, ifrågasättande och omvärderande (12, 14, 21).

I resultatet framkommer det att människor som kämpar med psykossjukdomar önskar en individuell och personligt anpassad vård (12, 13, 16, 18, 23) och att sjuksköterskan bör söka efter den innebörd som personen själv ger i sin överkliga upplevelse. I resultatet framkommer det hur viktigt det är att sjuksköterskan kan stödja en annan människa som lider av psykos. Utifrån den här kunskapen kan sjuksköterskan förstå och lindra patientens psykotiska besvär och förhindra återfall och stödja patienten för att återgå till den funktionsnivå som fanns innan psykosutbrottet (12, 14, 22). Det är viktigt för patienten att ha en personlig relation med sjuksköterskan och att bli sedd som människa. Denna relation kännetecknas av äkthet, förståelse och acceptans (12, 13, 14, 16). Enligt Jean Watson kan en mellanmänsklig relation uppfylla omvårdnadens syfte att finna en mening i sjukdom och lidande (9).

Jean Watson menar att en trivsamt miljö påverkar oss känslomässigt och patienten kan uppleva ökat välbefinnande (11).

Ett exempel; storlek på enheten och tillgång till tysta samtals platser och en säker miljö för att hela tiden hålla ett öga på patienterna förbättrar interaktionen mellan patient och sjuksköterska, vilket också kan lindra patientens lidande (14).

Enligt Watson har värden som autonomi, frihet och valmöjlighet stor betydelse för patienten själv (9). Utifrån detta påstående har vi dragit slutsatsen att detta överensstämmer med det vi tidigare har studerat i artiklarna 17, 20, 21 där fokus ligger på patientens självbestämmande och självupplevelse, det vill säga hur de själva upplever sin sjukdom. I artikel 20 beskrivs hur patienten själv sätter gränser om den vill bli berörd eller inte och den som inte vill bli berörd kan uppfatta beröringen som kränkning medan den som längtar efter beröring uppfattar den som positiv (17, 20, 21). Vi tycker att patientens autonomi spelar en avgörande roll när det gäller relationen och interaktionen mellan patient – sjuksköterska och att detta främjar självständighet.

Vi tycker att det är viktigt att sjuksköterskan i sin relation till psykotiska patienter skall uppmärksamma och förebygga deras oro genom att vara hos patienten och dela upplevelsen med patienten. I artiklarna 21 och 17 beskrivs vikten av att hjälpa patienten, för det första att söka hjälp på ett tidigt stadium och för det andra vikten av att göra det begripligt för den som jobbar inom psykiatrisk omvårdnad, nämligen att låta patienterna

berätta om sina egna psykosupplevelser och därmed söka förståelse för deras sjukdom och problem. Eftersom en psykotisk episod ibland kan vara en överväldigande upplevelse, är det inte förvånande att patienter vill ge den en mening (17, 21).

Patienternas förklaringsmodeller är kanske inte alltid förenliga med de professionellas sätt att förklara psykoser, och därför kan det vara nödvändigt med någon form av diskussion eller förhandling, om det ska nå fram till en förståelse som både kliniker och patienter kan dela (21).

En annan aspekt som vi tycker att det är viktigt att belysa angående patient – sjuksköterska interaktion är att hon ska samtala med patienten om sin situation, om sin sjukdom och behandling som pågår, vilket resulterar i att kunskap kan utbytas och att patienten kan stödjas i sin kamp mot lidandet. Därför tycker vi att det är viktigt att sjuksköterskan ska befinna sig nära en patient och skapa en djupare vård relation med öppenhet för samtal och beredskap för eventuella behandlingar.

Vi tycker att det är viktigt att patienten ska känna sig delaktig i omvårdnaden och att känna vänskaplig relation till sjuksköterskan. Detta kan leda till patientens trygghet och tillit till behandling och vård.

Jean Watson beskriver en ansvarstagande roll för patienten, där sjuksköterskans bidrag består i att identifiera möjligheter och hjälpa patienten att välja det handlingsalternativ som är rätt för patientens själv (9).

I resultatet har vi kommit fram till att sjuksköterskan i sin profession måste utgå ifrån psykotiska patienters historier och berättelser för att överhuvudtaget kunna bilda någon form av patient – sjuksköterska interaktion. Människor ger mening till sina kaotiska upplevelser och försöker övertyga andra utifrån sina perspektiv när de berättar om sina historier. Å ena sidan uttrycker de sin ovisshet och oro om sin kapacitet. Å andra sidan känner de sig inte respekterade, mindre värda och att ingen hör dem. Därför känner de sig misslyckade. Patienter känner sig underskattade på grund av att deras berättelser varken blir hörda eller tas på allvar. Oftast har sjuksköterskor trott att deras profession är mera avgörande än patientens själva upplevelse av sin sjukdom. Det har visat sig att psykiatripatienter är inte bara bräckliga och hjälplösa utan att de kan vara starka och kompetenta. Vi vill därför poängtera hur viktigt det är att patientens upplevelser och berättelser blir hörda.

Vi tycker att det är viktigt att studera patienters erfarenhet av psykisk sjukdom och hur deras psykiska sjukdom påverkar deras livsstil. Utifrån deras upplevelser kan sjuksköterskor skapa sig förståelse för schizofrena patienters maktlöshet, osäkerhet och beroendeställning. Det är viktigt att sjuksköterskor tar hänsyn till dessa patienters önskan att bli mera självständiga genom att ta ansvar och därmed hoppas att deras liv kan bli mer normalt.

Vi upplever att många sjuksköterskor inte alltid har förstått hur viktigt det är att psykotiska patienters upplevelser av sjukdom spelar en avgörande roll i en patient – sjuksköterska interaktion och att det inte behövs speciell kunskap om psykiatriska sjukdomar för att möta dessa psykotiska patienter. Det handlar snarare om att man ska våga stanna kvar och visa intresse för det de upplever. Genom att finnas där för patienter, lyssna och inte avvisa patienterna eller deras upplevelser har man åstadkommit goda förutsättningar för att skapa en förtroendefull interaktion.

Patienter som lever med psykos sjukdom upplever fruktan på grund av att de å ena sidan inte känner igen sig själva och å andra sidan upplever andra människor som ifrågasättande, vilket utgör ett hot mot patienten själv. Vi tror att det är viktigt för sjuksköterskan att reflektera över patientens situation och därmed försöka sätta sig in i dennes situation. Det är en medveten utmaning för sjuksköterskan att våga ställa sig inför sina egna förutfattade meningar. Detta skulle göra henne tryggare i att bemöta individer med

psykossjukdom. Under vår utbildning har vi saknat mera ingående diskussioner om människor med psykoser.

Vi tror därför att vår litteraturstudie kommer att vara till användning för sjuksköterskor och ge möjlighet till en fördjupad förståelse för individer som har förlorat verklighetskontakten.

REFERENSER

1. Ottosson J-O. Psykiatrin i Sverige. Stockholm: Natur och Kultur; 2003.
2. Cullberg J. Psykoser. Ett integrerat perspektiv. 2000, 2004;34-5:56-60: 96-97: 222-228.
3. Allgulander C. Introduktion till klinisk psykiatri. Lund: Studentlitteratur; 2005.
4. Nationalencyklopedi Ordbok.
5. Ottosson J-O. Psykiatri. 6upplag . Stockholm: Liber; 2004.
6. Engström I. Tvingad till hjälp. Danmark: Studentlitteratur; 2006.
7. Grönwall L, Holgersson L. Psykiatrin, tvånget och lagen. Stockholm: Norstedts Juridik AB; 2006.
8. Socialstyrelsens hemsida <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2003/1691/2003-110-12+Sammanfattning.htm>. Tillgängligt 071206.
9. Jahren Kristoffersen N. Allmän Omvårdnad del 1. Stockholm: Liber; 1998.
10. Watson J. Nursing. The Philosophy and Science of Caring. Boston: Little, Brown, 1997. 9-10.
11. Watson J. Nursing. Human Science and Human Care. A Theory of Nursing. Utgiven av: National League of Nursing 1998.
12. Hewitt J, Coffey M. Therapeutic working relationships with people with schizophrenia: literature review. Journal of Advanced Nursing, 2005; 52 (5), 561-570.
13. Hanson B, Taylor M F. Being-With, Doing-With: a model of the nurse-client relationship in mental health nursing. Journal of Psychiatric Mental Health Nursing, 2000; 7, 417-423.
14. Cleary M, Edwards C. Something always comes upp: nurse-patient interaction in an acute psychiatric setting. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 1999; 6, 469-477.
15. Cameron D, Kapur R, Cambell P. Releasing the therapeutic potential of the psychiatric nurse: a humane relations perspective of the nurse-patient relationship. Journal of psychiatric and Mental Health Nursing, 2005; 12, 64-74.
16. Sin J, Moone N, Wellman N. Developing services for the cares of young adults with earl - onset psychosis- listening to their experiences and needs. Journal of Psychiatric and Mental Health Health Nursing, 2005; 12, 589-597.

17. McCann T V, Clark E. A grounded theory study of the role that nurses play in increasing clients' willingness to access community mental health services. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2003; 12, 279-287.
18. Koivisto K, Janhonen S, Vaisanen L. Patients' experiences of psychosis in an inpatient setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2003; 10, 221-229.
19. Rogers T S, Kashima Y. Nurses' responses to people with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 1998; 27, 195-203.
20. Salzman-Erikson M, Eriksson H. Encountering touch: A path to affinity in psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing*, 2005; 26, 843-852.
21. Geekie J. Listening to the voices we hear. *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*, 2004; 147-160.
22. Scott S R, Reid I, Smith J, Natynczuk S, Robson-Ward M, Vaughan J. A staff perspective of early warning signs intervention for individuals with psychosis: clinical and service implications. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2004; 11, 460 – 475.
23. Verbosky S C. Living among strangers: The needs and functioning of persons with schizophrenia residing and in an assisted living facility. *Issues in Mental Health Nursing*, 2006; 27, 25-41.
24. Schults Larsen O. *Psykologiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur; 1997.

BILAGA 1

Referens nr: 12
Titel: Therapeutic working relationships with people with schizophrenia
Literature review
Författare: Hewitt J, Coffey M
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing, 2005; 52 (5), 561-570
Land: England
Syfte: Att granska beviset för nödvändigheten och tillräckligheten av terapeutiska förhållanden i arbetet med personer som har problem med psykisk hälsa
Metod: Litteratur undersökning, undersökningen innefattar publicerad engelsk material mellan 1986 – 2003 som hittades i databaserna. Man har sökt på termerna: terapeutisk relation, terapeutiska förhållande, arbetsförbund och sjuksköterska – patient förhållande.
Antal referenser: 73

Referens nr: 13
Titel: Being-With, Doing-With: a model of the nurse-client relationship in mental health nursing
Författare: Hanson B, Taylor M F
Tidskrift: Journal of Psychiatric Mental Health Nursing, 2000; 7, 417-423
Land: England
Syfte: Att beskriva en modell av sjuksköterska – patient relation inom psykiatri
Metod: Randomiserad kontrollerad undersökning, beviset sägs uppstå från en forskning som är positiv i sin natur, sådan är randomiserad, kontrollerad försök.
Antal referenser: 27

Referens nr: 14
Titel: Something always comes upp: nurse-patient interaction in an acute psychiatric setting
Författare: Cleary M, Edwards C
Tidskrift: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 1999; 6, 469-477
Land: Australien
Syfte: Sjuksköterska-patient interaction i en intensiv miljö
Metod: Kvalitativ och kvantitativ, den studien utspelar sig in avdelning med 22 sängar och patienter mellan 16 och 65 år. Intervjuguiden var baserad på ämnen gällande sjuksköterska – patient interaktion .
Antal referenser: 27

Referens nr: 15
Titel: Releasing the therapeutic potential of the psychiatric nurse: a humane relations perspective of the nurse-patient relationship
Författare: Cameron D, Kapur R, Cambell P
Tidskrift: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2005; 12, 64-74
Land: England
Syfte: Att beskriva sjuksköterskans förhållande som en viktig terapeutisk mellanmänsklig relation
Metod: Kvalitativ, i en mer allmänt meta analys granskades 106 studier som ingick i traditionell psykoterapi, nyare former av psykologiska behandlingar till exempel psykos utbildning för familjer, kognitiv träning och social medling.
Antal referenser: 111

Referens nr: 16
Titel: Developing services for the cares of young adults with early – onset psychosis- listening to their experiences and needs
Författare: Sin J, Moone N, Wellman N
Tidskrift: Journal of Psychiatric and Mental Health Health Nursing, 2005; 12, 589-597
Land: England
Syfte: Att undersöka erfarenheten om hur man vårdar unga vuxna som diagnostiseras för första psykotiska episoden
Metod: Kvalitativ, 11 föräldrar som deltar under halvstrukturerade intervjun i sina hem. Av alla som ingick i studien hade en son som tidigt insjuknade i psykos sjukdom.
Antal referenser: 40

Referens nr: 17
Titel: A grounded theory study of the role that nurses play in increasing clients' willingness to access community mental health services
Författare: McCann T V, Clark E
Tidskrift: International Journal of Mental Health Nursing, 2003; 12, 279-287
Land: Australien
Syfte: Att uppmuntra unga vuxna med schizofreni och deras anhöriga att tidigt söka vård inom öppen psykiatri
Metod: Epistemologisk, utforska processen mellan människors sociala roller och beteende. Denna metod går ut på att stickprov undersöka sen samla in data och sen analysera.
Antal referenser: 46

Referens nr: 18
Titel: Patients' experiences of psychosis in an inpatient setting
Författare: Koivisto K, Janhonen S, Vaisanen L
Tidskrifter: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2003;
10, 221-229
Land: Finland
Syfte: Att beskriva patientens upplevelse av psykos på en vård
avdelning
Metod: Fenomenologisk, i studien medverkade 9 frivilliga personer
som vårdades på en psykiatrisk slutenvård klinik i norra
Finland. Samtliga var under återhämtnings fasen från någon
form av psykos.
Antal referenser: 53

Referens nr: 19
Titel: Nurses' responses to people with schizophrenia
Författare: Rogers T S, Kashima Y
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing, 1998; 27, 195-203
Land: Australien
Syfte: Att undersöka om sjuksköterskor kan minska/bortse från
Stereotypa föreställningar om personer med schizofreni
Metod: Kvantitativ, 91 personer deltog i studien varav 14 män och 77
kvinnor. Av dessa var 30 personer allmänna sjuksköterskor från
akut sjukhus, 31 personer psykiatri sjuksköterskor från psykiatri
sjukhus och 30 personer var universitet studenter.
Antal referenser: 36

Referens nr: 20
Titel: Encountering touch: A path to affinity in psychiatric care
Författare: Salzman-Erikson M, Eriksson H
Tidskrift: Issues in Mental Health Nursing, 2005; 26, 843-852
Land: Sverige
Syfte: Att undersöka det som anses vara fysisk kontakt för patienter
som har behandlats för psykoser
Metod: Kvalitativ, med fyra djupgående intervjuer som visar resultatet
att beröring behövs som ett hjälpmedel som man längtar efter
och som tillhör hemma.
Antal referenser: 21

Referens nr: 21
Titel: Listening to the voices we hear
Författare: Geekie J
Tidskrift: Models of Madness: Psychological, Social and Biology
Approches to Schizophrenia, 2004; 147-160
Land: Nya Zeeland
Syfte: Hur skulle vi då både i forskning sammanhang och i kliniska
sammanhang, kunna ge större utrymme åt dem som själva
upplever psykos
Metod: Kvalitativ metod, forsknings metoden utgår från ”grounding
theory” en metod för att analysera kvalitativa data, med
särskilda procedurer för att se till att analysen är baserad på
eller ”groundad” i data.
Antal referenser: 23

Referens nr: 22
Titel: A staff perspective of early warning signs intervention för
individuals with psychosis: clinical and service implications
Författare: Scott S R, Reid I, Smith J, Natynczuk S, Robson-Ward M,
Vaughan J
Tidskrift: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2004; 11,
460-475
Land: England
Syfte: Att undersöka personalens syn på tidiga varnings signaler inom
vuxen psykiatri på sjukhus
Metod: Kvalitativa metoder, denna studie använder en undersöknings
form med individer som bodde lokalt. Kvalitativa metodologin
använder gruppen för att få fram personlig perspektiv, och
analysens innehåll var använt för att analysera data.
Antal referenser: 24

Referens nr: 23
Titel: Living among strangers: The needs and functioning of persons
with schizophrenia residing and in an assisted living facility
Författare: Verbosky S C
Tidskrift: Issues in Mental Health Nursing, 2006; 27, 25-41
Land: USA
Syfte: Att beskriva vård kvalitén för ständigt psykisk sjuka
Metod: Halv strukturerade intervjuer, 3500 individer med olika fysiska
och psykisk sjukdom.
Antal referenser: 44

Bilaga 2

DSM-IV

I så väl DSM- IV som ICD- 10 används termen delirium och konfusioner. Då delirium i svenskt språkbruk brukar användas om ett speciellt konfusionstillstånd, delirium tremens, föredras här den mer neutrala termen konfusion. Förvirring, oklarhet, omtöckning och grumlat medvetande har samma innebörd. Konfusioner är etiologiskt ospecifika, dvs. symtombilden är i princip likartad vid olika patologiska förändringar i hjärnan eller i kroppen i övrigt. Liksom inkompensation är tecken på hjärninsufficiens är konfusion tecken på cerebral insufficiens.

Kriterier

Enligt ICD- 10 har konfusion följande kännetecken:

- Grumlat medvetande i form av försämrad uppfattning av omgivningen och minskad förmåga att behålla eller växla fokus för uppmärksamheten.
- Kognitionsstörning med dåligt närminne, nedsatt förmåga till omedelbar reproduktion och desorientering till tid, rum och person; fjärminnet däremot relativt intakt.
- Psykomotorisk störning i form av snabba växlingar mellan hypo- och hyperaktivitet, förlängd reaktionstid och ökat eller minskat talflöde.
- Störd nattsömn i form av svåra fall total sömnlöshet, omvänd dyngsrytm, förvärrade symtom nattetid eller mardrömmar som fortsätter som illussioner eller hallucinationer eller uppvaknandet.
- Akut debut och fluktuerande förlopp.
- Anamnes, somatisk undersökning och laboratoriefynd skall ge hållpunkter för organisk eller drogrelaterade genes.

DSM- IV har likartade kriterier. DSM- IV avvisar termen organisk eftersom gränsen till övriga tillstånd är flytande. ICD- 10 anser att termen organisk inte innebär att andra tillstånd är icke organiska i betydelsen att de saknar ett cerebralt substrat, endast att en cerebral sjukdom eller påverkan har diagnostiserats oberoende av den psykiska störningen. Det utesluter inte att psykiska orsaker också har bidragit.