

Förord

Denna rapport ingår i en serie publikationer i ämnet evidensbaserad omvårdnad som publiceras gemensamt av SBU och SSF. Serien anknyter till SBU:s utvärderingsrapporter inom respektive ämnesområde och syftar till att redovisa det vetenskapliga underlaget om sjuksköterskans roll i sammanhanget.

”Evidence-based nursing” är ett begrepp som länge använts internationellt. Vi har valt att översätta det till evidensbaserad omvårdnad. Evidens är ett svenskt ord som betyder bevis, eller belagd kunskap – till skillnad från tradition. Att tillämpa evidensbaserad omvårdnad innebär att som komplement till andra kunskaper även använda sig av de vetenskapliga resultat som framkommer genom studier av vad som är bästa möjliga omvårdnad. Sådana fakta kan komma ifrån såväl kvantitativa som kvalitativa studier.

Det är självklart men ändå viktigt att framhålla att evidensbaserad omvårdnad inte ger hela svaret på vad som är god omvårdnad. Kunskap om relevanta forskningsresultat måste givetvis kombineras med kunskap om enskilda patienters behov och upplevelser samt om de förutsättningar som föreligger.

Rapporten visar bl a att det tillgängliga vetenskapliga underlaget är knapphändigt och mycket svagt. Det behövs därför betydligt mer praktisk forskning inom det svenska sjukvårdssystemet kring sjuksköterskans roll och betydelse vid behandling av patienter med schizofreni.

Det är dock vår förhoppning att denna rapport kan öka intresset för forskning på området och att den kommer att användas som ett kunskapsunderlag och som utbildningsmaterial.

Rapporten har inte granskats av vare sig SBU:s styrelse och råd eller SSF:s styrelse. Författarna står för innehållet.

Rapporterna om evidensbaserad omvårdnad vid schizofreni samt evidensbaserad omvårdnad vid behandling av personer med depressions-sjukdomar har tillkommit med ekonomiskt stöd från Vårdalstiftelsen.

Egon Jonsson
SBU

Anne-Marie Wohlin
SSF

Kapitel 1

Inledning

Utgångspunkten för denna kunskapssammanställning har varit SBU:s tidigare publicerade rapport om behandling av psykoser och andra psykiska sjukdomar med hjälp av neuroleptika [53]. I den rapporten klargjordes tydligt att behandling med neuroleptika har en mycket väl dokumenterad effekt för personer med schizofreni och att neuroleptika-behandling bör kombineras och samordnas med andra åtgärder som inbegriper patientens familj samt socialt, psykologiskt och psykoterapeutiskt stöd. Litteraturen visar att man härigenom kan förbättra prognosen i flera avseenden och dessutom minska behovet, och därmed biverkningarna, av neuroleptika. För vidare information angående behandling med neuroleptika se Bilaga 1 som är hämtad ur SBU:s rapport *Behandling med Neuroleptika* [53].

Evidensbaserad omvårdnad

En av förutsättningarna för att patienterna ska få en trygg och säker vård är att de i vården verksamma har ett vetenskapligt förhållningssätt. En alltmer högeffektiv och specialiserad vård förutsätter att arbetet vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet. Evidensbaserad hälso- och sjukvård definieras på många olika sätt men den gemensamma nämnaren är en vilja att tillämpa bästa tillgängliga bevis som underlag för vårdbeslut. De bevis som avses är de fakta som redovisas genom vetenskapliga undersökningar inom området. I likhet med de rent medicinska behandlingsmetoderna kräver också metoder för omvårdnad utvärdering. Allteftersom mängden omvårdnadsforskning ökar blir det svårare att följa utvecklingen. Då behövs insatser för att samla och analysera forskningen samt göra den lättillgänglig. Evidensbaserad omvårdnad blir ett medel för de kliniskt verksamma att ta till sig forskningens resultat och därigenom skapas en bro mellan omvårdnadsforskningen och den kliniska verksamheten. Det bör framhållas att god omvårdnad inte enbart baseras på vetenskapliga sammanställningar utan resultaten

av dessa måste omsättas i vårdens vardag och tillämpas med utgångspunkt från vårdtagarens önskemål och behov [61].

Denna rapport syftar till att, på basis av en systematisk granskning av resultaten från olika studier, redovisa det vetenskapliga underlaget för omvårdnad vid behandling av personer med schizofreni. Med hjälp av olika sökord har 336 referenser identifierats i olika databaser och ytterligare 12 referenser genom manuell sökning. Därefter har ett urval av dessa studier sorterats, grupperats och granskats med avseende på studiernas vetenskapliga styrka. Rapporten syftar också till att illustrera hur systematisk litteratursökning och kritisk analys kan bedrivas av både studerande och forskare inom omvårdnadsområdet.

Schizofreni

Schizofreni (en form av psykos) är ett sjukdomstillstånd som innebär ett stort lidande för individen och för dennes anhöriga. Insjuknandet sker vanligen i unga år. Sjukdomen leder till vad som brukar kallas ett "jagsammanbrott" med förlust av jagkänsla och personlighetshelhet, ångest, självförsjunkhet och hallucinationer, störningar, varseblivning av verkligheten och i tankeförloppen [33]. Individen blir sårbar och känslig och får svårt att hantera stress [33]. Insjuknandet leder till en påtaglig sänkning av tidigare funktionsnivå. Cullberg redovisar flera europeiska långtidsuppföljningar som visar att 50–75 procent av de som insjuknar i schizofreni senare tillfrisknar eller lever ett tillfredställande socialt liv [10].

I Sverige finns cirka 30 000 personer med denna medicinska diagnos. Sjukdomen medför hög dödlighet – cirka 10 procent av personer med schizofreni avlider inom tio år, främst pga självmord [10]. Orsakerna till schizofreni är oklara, men de beskrivs vanligen utgöra en samverkan mellan biologiska, psykologiska och sociala faktorer.

Omvårdnad vid psykos av typen schizofreni

Omvårdnad vid behandling av personer med schizofreni syftar till att lindra lidande, underlätta hantering av symtom, förhindra återfall och främja läkning. Innehållet i omvårdnaden anpassas individuellt och åtgärderna är målinriktade. Krisintervention med ett tryggt och välstrukturerat omhändertagande kännetecknar en god omvårdnad i det

akuta skedet. I dag sker rehabilitering ofta inom öppna vårdformer. Vården av långtidssjuka personer bedrivs i stor utsträckning i personens hem med hjälp av olika typer av rörliga personalteam, i dagverksamhet eller på behandlingshem. Intentionen med vården, även när det gäller långtidssjuka personer med schizofreni, är att de ska kunna leva ett tillfredsställande liv ute i samhället.

Omvårdnadsåtgärder består av två integrerade delar, uppgiften som utförs och relationen inom vilken den utförs [42]. Dessa båda aspekter av omvårdnaden förutsätter varandra och är därför alltid närvarande samtidigt. Den professionella omvårdnaden kan vara allmän och/eller specifik. Den allmänna omvårdnaden fokuserar på människor i allmänhet och deras relationer medan specifik omvårdnad är relaterad till individen och sjukdomen. Specifik omvårdnad kräver såväl kunskap om människans normala liv och funktioner som kunskap om sjukdom och behandling samt dess konsekvenser för individens dagliga liv [51,52].

Inom sjuksköterskans kunskapsområde återfinns företeelser som hör till de två huvudkategorierna dagligt liv och personens hälsa. De allmänna begreppen för dagligt liv är gemensamma för många olika yrkesgrupper, men sjuksköterskan ägnar sig särskilt åt vissa. I omvårdnadsarbetet tas hänsyn till patientens och anhörigas aktiviteter, händelser, krav, miljö och värderingar. Företeelser inom dessa olika områden av dagligt liv relateras alltid till individens hälsotillstånd. Ett exempel på detta kan vara att det inom omvårdnadsområdet krävs kunskap om krav och förväntningar på personen, den betydelse detta har och vilka emotionella reaktioner detta väcker. Planering och utförande av goda omvårdnadsinsatser utgår från individens egna resurser och förmågor.

Psykiatrisk omvårdnad

Relationen mellan vårdtagare och vårdare är central för förståelsen av psykiatrisk omvårdnad. Peplau, klassisk omvårdnadsteoretiker och psykiatrisjuksköterska, utgår från interaktionen mellan vårdtagare och vårdare i sin teoribildning som är starkt individorienterad [47]. God omvårdnad förutsätter en trygg relation mellan vårdtagare och vårdare som i sin tur förutsätter att de båda parterna kan kommunicera och i

möjligaste mån förstå varandras känslor och tankar. Förutom att relationen och interaktionen är centrala företeelser i omvårdnaden betonas att omvårdnadsinsatserna utgår från individens hälsoproblem och allmänmänniska behov [43,47,58]. Den övergripande målsättningen med omvårdnadsinsatserna är att personen efter en vårdepisod själv ska kunna möta vardagsproblem utan att behöva anlita professionell hjälp.

Vikten av att ha en god och nära relation mellan vårdtagare och vårdare som bas för patientutbildning har bl a beskrivits av Schmitt och Wooldridge [50]. Detta gäller också i relationen mellan vårdgivare och familj. Familjeperspektivet har under de senaste decennierna vuxit sig allt starkare i svensk forskning. Orhagen betonar vikten av psykopedagogiska grupper för familjemedlemmar [44]. Grupputbildning ökar familjemedlemmarnas sjukdomsrelaterade kunskap och motverkar ett kritiskt och överengagerat förhållningssätt gentemot den som är sjuk. Trots denna kunskap tycks dock vårdpersonal sällan involvera familjen i omvårdnadsplaneringen kring personen med schizofreni [20].

Traditionellt har omvårdnadsarbetet mer präglats av moraliska ståndpunkter än av vetenskapliga metoder [46]. God omvårdnad innebär stark respekt för vårdtagaren som person och för hans eller hennes självbestämmande. Hur vårdaren upplever den person som är psykiskt sjuk, och sig själv, är viktigt eftersom kvaliteten i omvårdnaden delvis är beroende av vårdarens egen situation [56]. Personalen kan utveckla olika försvarsstrategier beroende på den känslomässiga belastningen i omvårdnadsarbetet. Det finns en uppenbar risk för att rutinmässig omvårdnad vid extrem belastning kan resultera i uppgivenhet och övervägande negativa känslor mot vårdtagaren [22].

Under de senaste 30–40 åren har stora förändringar ägt rum inom den psykiatriska vården med en stark förskjutning till öppna vårdformer. Denna trend påbörjades i England i slutet på 1950-talet. Enligt Brooker utgick i England år 1980 75 procent av all omvårdnad från sjukhusen. Tio år senare skedde hälften av omvårdnaden inom den öppna vården [4]. I Sverige har en liknande utveckling skett från slutna till öppna vårdformer. Med införandet av den senaste psykiatrireformen 1995 övergick delar av den sjukhusbundna vården till öppnare vårdformer

inom kommunerna. Den kommunala vårdens insatser inriktas mot vård, stöd och service med syfte att inte frånskilja personen från när-samhället, bevara och bygga upp personernas sociala nätverk samt etablera ett nära samarbete med individens familj [20].

Kapitel 2

Metod för litteraturgranskning

Litteratursökning

Rapporten baseras på studier genomförda med såväl kvantitativ som kvalitativ metod samt översiktsartiklar. Referenser har framtagits med hjälp av databaserna Medline, Cinahl, Cochrane Library, Swemed samt Embase med hjälp av en sökprofil där huvudsökordet ”schizophrenia” alltid ingått i kombination med sökorden ”nursing”, samt ”prevention and control, drug therapy, psychosocial factors, rehabilitation, therapy”. En första sökning med denna sökprofil i databaserna Medline och Cinahl gav 3 475 referenser. För att göra det möjligt att genomföra projektet inom avsatt tid och med befintliga resurser begränsades sökperioden, från 1993 till juni 1998. Endast artiklar publicerade på engelska och nordiska språk inkluderades. Med dessa avgränsningar identifierades totalt 336 relevanta artiklar i olika databaser varav: 10 i Cochrane Library, 76 i Medline, 214 i Cinahl, 16 i Swemed och 20 i Embase. Vid litteraturgenomgången gjordes en kompletterande manuell sökning i artiklarnas referenslistor som resulterade i att ytterligare 12 artiklar inkluderades.

Klassificering och värdering av studier

Klassificering av studierna har genomförts enligt SBU och indelats i följande grupper [18]:

- Randomiserad kontrollerad studie (C) dvs en prospektiv studie där man gjort en slumpvis fördelning av patienter till en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.
- Prospektiv studie (P). Denna typ av studie innebär en jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper men utan slumpmässig fördelning.

- Retrospektiv studie (R). I dessa studier analyseras ett historiskt material, med hjälp av exempelvis journalhandlingar.
- Litteraturoversikt (L). Dessa studier bygger på en litteraturgenomgång, i bästa fall genom en systematisk litteraturgranskning, där resultatet redovisas i en analyserande kunskapssammanställning.

De granskade studiernas vetenskapliga kvalitet har bedömts utifrån en tregradig skala; hög vetenskaplig (I), medel (II) eller låg vetenskaplig kvalitet (III), se Tabell 1a [54].

Inom omvårdnadsforskning har kvalitativa forskningsmetoder en lång tradition. Därför har även studier med kvalitativ metodik inkluderats, klassificerats och värderats. Kriterier för bedömning av kvalitativa studier har utarbetats av författarna, se Tabell 1b.

- Kvalitativ studie (K). I denna typ av studie analyseras data, som insamlats genom intervjuer, berättelser eller observationer i syfte att fördjupa förståelsen för studerade fenomen, t ex personens upplevelser och erfarenheter.

Bearbetning

Fas 1

En första bedömning av de 336 referenserna genomfördes av två oberoende bedömare i projektgruppen, vilka läste titlar och sammanfattningar för att välja ut artiklar för fortsatt granskning. Ett kriterium för fortsatt granskning var att artikeln handlade om utvalda områden/interventioner vid diagnostiserad schizofreni, ett annat att något av de i förväg fastställda resultatmåten uppfylldes, se Tabell 2. Vid den första bedömningen valdes 181 studier bort antingen därför att 1) de ej handlade om omvårdnad vid schizofreni, 2) ej hade relevanta resultatmått, 3) ej byggde på empirisk forskning eller därför att 4) de var fallstudier med endast en undersökt person.

Fas 2

Efter den inledande granskningen rekvirerades 155 referenser för fortsatt granskning. Av dessa var 53 studier utförda med kvantitativ metodik, 47 studier var utförda med kvalitativ metodik, 27 var litteraturöversikter och 28 studier innehöll kliniska erfarenheter och utvecklingsarbeten. Två av studierna hade genomförts av två av författarna till denna rapport varför de överlämnades till projektledningen för granskning för undvikande av jäv.

Vid granskningen lästes samtliga artiklar också av två oberoende bedömare. Land, typ av studie, vilket område studien behandlade, hur diagnos redovisats, resultatmått samt en bedömning av om studien var av intresse för fortsatt granskning dokumenterades. Kraven för att inkludera studien var att a) den skulle vara baserad på empirisk forskning, b) diagnoskriteriet skulle vara uppfyllt och att c) något av de fastställda resultatmåtten hade tillämpats i studien, se Tabell 2. De 72 studier som inte uppfyllde dessa inklusionskriterier exkluderades, 61 studier och 22 litteraturöversikter kvarstod för kvalitetsgranskning. Efter manuell sökning i artiklarnas referenslistor identifierades ytterligare 12 studier, fem av dessa uppfyllde inklusionskriterierna och inkluderades i kvalitetsgranskningen.

Fas 3

Även kvalitetsgranskningen genomfördes av två oberoende bedömare. Bedömningen av vetenskaplig kvalitet dokumenterades i ett protokoll, se Tabell 1a+b. Därefter diskuterades bedömningen och resultaten sammanvägdes. De studier som bedömdes vara av låg kvalitet (III) uteslöts antingen pga metodologiska svagheter, såsom ej valida och reliabla instrument, eller pga svagheter i intervention och bedömning och/eller stort bortfall – vilket medförde tveksamheter vid bedömning av resultatens relevans. De 35 studier som ingick i den avslutande granskningen återfinns i Tabell 3.

Kapitel 3

Resultatredovisning

Av de 35 granskade studierna är huvudparten från USA och Kanada, 21 studier, från Europa totalt 11 studier (sju från England, två från Sverige, en från vardera Holland och Norge), två studier är gjorda i Kina samt en i Australien. Studiernas innehåll fördelar sig på följande områden: familjens upplevelser och informationsbehov; omvårdnad vid upplevelser och hantering av symtom; omvårdnad vid läkemedelsadministrering med neuroleptika; omvårdnad vid funktionsträning; relationen mellan vårdtagaren och vårdgivarna; vårdmiljöns betydelse i omvårdnadsarbetet och personalens attityder och synsätt. Av de 35 studierna återkommer 14 i flera tabeller då de berör mer än ett område.

Familjens upplevelser och informationsbehov

När en familjemedlem insjuknar i schizofreni påverkas hela familjen, en påverkan som i litteraturen ofta kallas "caregiver burden." Familjens börda kan beskrivas objektivt eller subjektivt. Den objektiva bördan handlar om observerbara konsekvenser av sjukdomen, såsom patientens beteenden, sjukdomens inverkan på familjens sociala liv och dess ekonomiska konsekvenser. Den subjektiva bördan handlar om familjens verkliga upplevelse av den anhöriges sjukdom.

Här redovisas åtta studier som undersökt familjers upplevelser och informationsbehov. Tre studier är prospektiva och fem är genomförda med kvalitativ metod, se Tabell 4.

Innebörden av mödrars omsorg om vuxna söner eller döttrar med schizofreni har studerats i en amerikansk studie [24]. Den är utförd med kvalitativ metod och har bedömts ha hög kvalitet. Mödrarna beskrev sin omsorg i termer av att iakttä, att arbeta och att vänta, i en process med följande stadier:

- *Medvetenhet om problem.* Problemen beskrevs utifrån sonens eller dotterns beteende eller svårigheter. Stadiet innebar en tid av osäkerhet

och förvirring relaterad till brist på information, ingen av de intervjuade fick veta något om diagnosen trots intensiva efterforskningar.

- *Sökandet efter lösningar.* Deltagarna beskrev hur de under intensivt arbete och stor oro försökte hantera sitt barns sjukdom. De sökte hjälp hos anhöriga, i hälso- och sjukvården och i skolan, men deras ansträngningar försvårades av att de inte visste problemens art. Omsorgen beskrevs som ett ensamarbete med litet stöd från andra. Information om diagnos dröjde och när den så småningom gavs var det ofta indirekt.
- *Att uthärda situationen.* Det intensiva arbetet fortsatte men nu med mer fokus. När man väl fått kännedom om diagnosen mobiliserades stöd i familjen och hälso- och sjukvårdspersonalen lyssnade på mödrarnas problem. Rollen som vårdare tillsammans med en ökad medvetenhet om sjukdomens yttringar gav nya erfarenheter. Mödrarna beskrev det som en vändpunkt när de fick beskedet att sjukdomen kunde förstås som biologisk och inte orsakad av modern.
- *Att överleva erfarenheten.* Detta stadium innebar en ökad medvetenhet om innebörden av att leva med ett barn med schizofreni och en ökad medvetenhet om personliga reaktioner inför sjukdomen. Stadiet att överleva innebar ett accepterande av situationen, hopp om ett bättre liv för den vuxna sonen eller dottern samt en beslutsamhet om fortsatta omsorger.

I ytterligare en högkvalitativ studie från USA, har nio föräldrar intervjuats om familjens upplevelser av att vårda en familjemedlem med schizofreni [59]. Resultatet visade att tiden tydligt delades in i "före" och "efter" diagnos. Familjens värld förändrades av diagnosen. Det fanns till en början en strävan hos föräldrarna att förstå avvikande beteende som normala problem. När beteendet blev allt mer bisarrt sökte man hjälp. Föräldrarna beskrev ett desperat sökande efter någon som kunde förklara och ge bot. Kontakter med professionella av olika slag resulterade i förvirrande råd. Föräldrarna beskrev frustration över att ej få någon diagnos på problemen. Diagnosen schizofreni bekräftade så småningom

föräldrarnas upplevelse av att något var på tok, men den innebar också en upplevelse av chock och sorg relaterad till den pessimistiska prognosen och till det älskade barnets förvandling. Föräldrarna kämpade för att behålla sitt hopp, för att hitta vägar till förbättringar i vardagslivet för sitt barn och sig själva. Omsorgen innebar att iaktta, söka hjälp och försaka egna behov. Familjerna beskrev en rädsla för vad som skulle hända med deras barn, men även rädsla för barnet. Behov av kunskap om sjukdomen var ett återkommande tema i intervjuerna.

I en studie, av hög kvalitet och genomförd med kvalitativ metod har man undersökt vilken information syskon haft när det gäller sjukdomen schizofreni [35]. I studien ingick elva syskon till personer med schizofreni. I sex av elva familjer förnekades eller doldes problemen och man ville därför inte att syskonen skulle få information. Fem syskon beskrev att familjerna uttryckte behov av mer omfattande information, men det tycktes dem som om de professionella antingen saknade kunskap, inte insåg familjens stora behov eller ansåg att informationen kunde inkräkta på vårdtagarens förtroende. Två syskon från dessa familjer, samt två av de övriga i studien hävdade att de och deras familjer aldrig fått någon utbildning om schizofreni och att de därför inte heller visste vad de skulle fråga om. Åtta av deltagarna beskrev att de kände det som att de och deras familjer ignorerades av professionella, behandlades nedlåtande och lämnades utan vägledning om hur de skulle tolka den anhöriges beteende och möta dennes behov. Deltagarna efterlyste mer information om sjukdomen och dess behandling, råd om hur man ska hantera problem i det dagliga livet och information om lokala stödgrupper och intresseorganisationer.

Sambandet mellan familjens upplevelse av börda och familjens psykiska välbefinnande, sett ur ett stressprocess-perspektiv som utvecklats av Lazarus och Folkman [29] har undersökts i en engelsk studie [2]. Studien, som kombinerade kvalitativ och kvantitativ metod och bedömdes vara av medelhög kvalitet, omfattade familjemedlemmar till 52 personer med schizofreni uppdelade i två grupper, personer under fortsatt behandling och personer som insjuknat akut. Det fanns ett samband mellan upplevelsen av börda och upplevelsen av hälsa och välbefinnande. Stressen var högre hos familjemedlemmar med den

högsta upplevelsen av börda. Bristande stöd i sociala relationer var den faktor i familjens upplevelse av börda som hade det starkaste sambandet med ohälsa.

I en engelsk studie beskrivs den objektiva bördan hos 70 primära vårdgivare (vanligast var mödrar) till personer med kronisk schizofreni [48]. De vanligaste negativa konsekvenserna var spänningar i relationer (74 procent), känslomässiga och fysiska problem, (53 procent) och allmänna störningar i livet för andra vuxna i hemmet, (52 procent). Mindre vanliga negativa konsekvenser var; störningar hos primär vårdgivare (9 procent), press som ledde till behov att lämna hemmet (19 procent) och restriktioner i det sociala livet (21 procent). Problem som förknippades med personens sjukdom var; påfrestningar för andra vuxna (90 procent), känslomässiga problem hos primär vårdgivare (88 procent), svårigheter att utföra sitt arbete (84 procent) och spända relationer (83 procent).

Familjers syn på klopazpinbehandling och vilka rekommendationer familjerna ger till andra familjer presenteras i en amerikansk studie som omfattar 16 personer från tio familjer [55]. I huvudsak var familjerna positiva till behandlingen. I nio av tio familjer beskrevs ökad livskvalitet, färre återinläggningar, att familjen hade fått mer tid och energi till sina egna liv och kände mindre oro. Rekommendationer till andra familjer var att propagera för att familjemedlemmars behov tillgodoses, att ge feedback på biverkningar så att läkemedelsdosen kan individualiseras, att läsa och skaffa kunskap om läkemedel och läkemedelsbiverkningar, samt att stödja den anhörige vad gäller aktiviteter i det dagliga livet och att visa mod och hopp.

I en amerikansk prospektiv interventionsstudie av medelhög kvalitet, har nyttan av att erbjuda anhöriga att delta i en workshop om schizofreni utvärderats [17]. Vårdtagarna befann sig på ett psykiatriskt sjukhus, där stora avstånd försvårade kontakten med familjerna. Workshopen genomfördes under en dag och anhörigas kunskaper undersöktes vid tre tillfällen; före och efter workshopen samt vid en uppföljning efter tre månader. Resultatet visade att deltagarna ökat sin kunskap, en ökning som dessutom fortsatte att accelerera till tre månaders uppföljningen då de visade en större förståelse för anförvantens sjukdom.

I en studie med syfte att bättre förstå behov av service och stöd hos anhöriga till personer med schizofreni, som gjort sig skyldiga till lagöverträdelse och vårdades på ett specialistsjukhus i England, intervjuades 17 anhöriga till vårdtagare [39]. Man fann att en stor del av de anhöriga hade bristfälliga kunskaper om sjukdomens förlopp och prognos. Detta gällde t ex att miljön kan påverka sjukdomen, att sjukdomen har ett episodiskt förlopp och att symtom kan återkomma. De var inte heller medvetna om att de flesta återfall uppstod när patienten slutade ta läkemedel. Sjukdomens orsaker ansågs vara drogmissbruk eller uppväxtförhållanden, men många hade ingen uppfattning alls om orsak. Det fanns en stress orsakad av oro för vårdtagaren, nedstämdhet över att vara tvungen att lämna bort den anhörige och rädsla för vårdtagaren. Tre huvudstrategier användes för att hantera situationen; att se sjukdomen som orsak till brottet, att använda nätverk för att minska stressen och att besöka sin anhörige. Det förekom även mindre funktionella sätt att hantera situationen; att stänga in sina känslor, dra sig tillbaka från kontakt med andra eller en fientlig reaktion med tankar om hämnd mot andra och/eller mot vårdtagaren. Studien visar att stödet till anhöriga behövde förbättras. Förutom stöd behövde de anhöriga information om sjukdomen schizofreni och dess effekter.

Utbildning och information som riktas till patient och familj är viktiga omvårdnadsinsatser. Familjens upplevelse av börda är en nyckelfaktor i vården. Det framstår som viktigt att den vårdpersonal som möter familjen visar känslighet för den vånda och oro som familjen lever med innan diagnos har satts och för den smärta (men även lättnad) som det innebär att få diagnosen. *Studierna visar att de omvårdnadsinsatser som efterfrågas är råd om hur man ska hantera problem i dagliga livet, information om sjukdomen och dess behandling samt information och undervisning om patient- och anhörigföreningars möjligheter att stödja familjen. Det finns behov av kontinuerliga stödprogram för familjer som lever med en anhörig som har fortsatta problem pga schizofreni.*

Upplevelser och hantering av symtom

Symtomen kan medföra svårigheter att integrera medicinsk behandling och omvårdnadsinsatser med det dagliga livet så att god livskvalitet

uppnås. Ett av målen vid behandling och omvårdnad av personer med schizofreni är att personen ska kunna hantera och uppnå kontroll över situationen. En del av omvårdnadsinsatserna inriktas då mot att stärka individens förmåga att själv tidigt upptäcka och hantera tecken på ett insjuknande. Schizofrena sjukdomsytttringar brukar indelas i så kallade positiva och negativa symtom. Dessa symtom påverkar det dagliga livet för personen med schizofreni och därmed behovet av omvårdnadsinsatser. Positiva symtom kännetecknas av att de utgörs av normalt icke förekommande psykologiska fenomen, t ex rösthallucinationer och snabbt tankeflöde. Negativa symtom brukar beskrivas som frånvaro av vanligtvis förekommande beteenden och funktioner, t ex förmåga att känna glädje och lust samt förmågan till känslomässigt engagemang. Oavsett orsak till sjukdomsytttringarna måste upplevelserna av dem betraktas som verkliga för personen med schizofreni. Av den anledningen bör personens upplevelser tas på allvar av omgivningen och inte nonchaleras [27].

Av de granskade studierna innehåller tio redovisning av omvårdnad vid upplevelse och hantering av symtom, se Tabell 5.

I en liten randomiserad kontrollerad studie av medelgod kvalitet har Buccheri och medarbetare visat att rösthallucinationer upplevdes som plågsamma och att de började i samband med stress [7]. Samtliga personer uppgav ett behov av att hemlighålla rösterna samt att de upplevde att strukturerade situationer hade en positiv effekt på ”rösterna”. Minskad struktur uppgavs leda till en ökning av hallucinationerna. Det fanns individuella skillnader i upplevelserna. Rösternas lokalisation var olika, ibland kom ”rösterna” inifrån huvudet på personen, ibland uppgavs de komma utifrån t ex radion. Hallucinationerna utgjordes inte alltid av talande röster, ibland hördes musik, skratt eller tjut. Även frekvensen var olika, allt ifrån en episod en gång i veckan till att pågå kontinuerligt 24 timmar om dygnet. Situationer och miljöer som minskade hallucinationerna, var när personen var upptagen tanke- mässigt eller när de sov. En minskning eller frånvaro av ”röster” uppgavs också inträda när personen engagerade sina sinnen, när de talade, läste eller lyssnade till tal eller musik. Ensamhet uppgavs förvärpa situationen, liksom när det förelåg för mycket eller för litet stimuli (tystnad

eller för mycket folk). Buccheri och medarbetare undersökte effekten av elva strategier att hantera hörselhallucinationer [7]. Nyttan och effekterna av dessa var individuella men för alla personer i studien fanns minst en strategi som minskade symtomen, åtminstone tillfälligt. Individen fick en känsla av kontroll och visste att det fanns hjälp att minska hallucinationen om det behövdes. Att slå på TV, lyssna på musik med hörlurar och att prata med någon var mest effektivt. Även högläsning, öronpropp i höger öra och entonigt mummel uppfattades som lindrande. För personer med schizofreni finns alltså individuellt anpassade strategier för att kontrollera symtomen. *Studien visar att omvårdnadsinsatserna kan utformas så att plågsamma hallucinationer minskar. Miljön som erbjuds bör vara strukturerad och konkret utan vare sig för mycket eller för lite stimuli. Omvårdnadsinsatser som syftar till att hjälpa personer med schizofreni att lära sig att hantera sina symtom mer effektivt måste därför utgå från den enskilda individens upplevelser och hur han/hon försökt att hantera dem.*

Med hjälp av kvalitativ metodik har Kennedy och medarbetare undersökt hur isolering upplevdes av 25 personer med schizofreni [25]. I studien uppgavs orsaken till isoleringen vara agitation och våldsamhet. De isolerade personerna använde tiden till att hallucinera, sova, vila, meditera, be och läsa. En majoritet, 70 procent, av de som uppgav sig hallucinera under isoleringen uppgav också att de hallucinerat före isoleringen. Av de isolerade uppgav 88 procent att de fantiserade om att någon eller något skulle komma och rädda dem ut ur isoleringen. De man upplevde som hjälpande var i första hand sjuksköterskan, därefter en familjemedlem, och sedan Gud och läkaren. *Det förefaller därför viktigt att omvårdnadsinsatserna fokuserar på närhet, lyhördhet och att finnas till hands på ett lämpligt sätt för att ge stöd när isolering och avskärmning behöver tillgripas.*

Inom psykiatrisk omvårdnad ställs det speciella krav på vårdarna då patienternas sjukdomsupplevelser kan göra det svårt att etablera en relation. DeNiro har studerat upplevelsen av främlingskap (alienation) i en intervjustudie med kvalitativ metod. I studien ingick 20 personer med schizofreni inom slutenvård [12]. Studien, som bedömdes som medelgod, visade att upplevelse av främlingskap kunde indelas i tre

teman, ensamhet, social isolering och avsaknad av känsla av tillhörighet. Ensamhetskänslan, ”ingen att tala med”, tycktes kunna öka ångesten och ibland också leda till självmordstankar. Känslan av ensamhet uppgavs öka med åren och förorsakas av avsaknad av socialt nätverk (framför allt avsaknaden av en kärleksrelation). DeNiro fann också att känslan av social isolering fanns kvar när personen var tillsammans med andra människor. Känslan av att vara isolerad förstärktes av en känsla av oduglighet i elementära, sociala aktiviteter och oförmåga att genomföra sociala interaktioner på ett passande sätt, vilket ibland kunde följas av en stark känsla av att vara annorlunda. Upplevelse av ensamhetskänsla redovisas också av Hellzén och medarbetare, som i en kvalitativ intervjustudie, omfattande nio personer med kronisk schizofreni inom slutenvård, har visat att dessa inte kunde uppge någon klar bild av sig själva som person [21]. I de fall de berättade om sina upplevelser kom dessa i hög grad att präglas av ensamhets- och överklighetskänslor. Pejler och medarbetare fann, i en studie av upplevelsen om livet på en sjukhusavdelning, att personer med schizofreni upplever svår trötthet och svårighet i kontakten med andra personer [45].

Sammantaget visar studierna de svårigheter som personer med schizofreni lever med – tillstånd präglad av inåtvändhet och isolering, ensamhet och en känsla av utanförskap. *En viktig konsekvens av denna kunskap är att sjuksköterskan måste visa pålitlighet, och med tålmod och uthållighet erbjuda en kravlös kontakt för att få lov att ”komma nära” så att en omvårdnadsrelation kan börja utvecklas.*

Baker har i en studie med kvalitativ metod undersökt patienters förmåga att upptäcka tidiga tecken på, eller varningssignaler för återinsjuknande, och menar att det är ett fenomen med flera dimensioner [1]. Varje individ skapar sina mönster och strategier för att lära sig undvika och hantera de stressutlösande situationerna. Denna förmåga utvecklas och förfinas successivt och tränas genom att identifiera, beskriva och lära sig hantera tecken på återfall. Genom att aktivt arbeta med att reducera psykisk smärta formas en känsla för de speciella signaler på ökad stress som bygger på rädsla för återfall och önskan av att ha kontroll över sjukdomen. Studien visar att förmågan att upptäcka tidiga tecken kan utvecklas successivt hos personer som lider av schizofreni.

Omvårdnadsinsatserna syftar till att stödja personen med schizofreni i utveckling mot högre grad av självkontroll. *För personer med schizofreni som återinsjuknar är det därför en viktig omvårdnadsåtgärd att hjälpa individen att lära sig mer om sin känslighet för sociala stimuli. Det är också viktigt att hjälpa personen att kunna känna igen och beskriva tidiga tecken på insjuknande och att ge stöd i utveckling av egna strategier för stresshantering.*

Hos personer med schizofreni är brist på sjukdomsinsikt ett problem som påverkar möjligheten att leva självständigt och oberoende. I en prospektiv studie av hög kvalitet fann Dickerson och medarbetare att 75 procent av de undersökta personerna med schizofreni hade insiktsbrister, varav 25 procent hade svåra brister även om personerna var i ett stabilt skede av sin sjukdom [13]. Insiktsbrister har samband med symtom som vanföreställningar, försämrade kognitiv förmåga och svårigheter med abstrakt tänkande. Författarna föreslår att man i utbildning och träning av personer med schizofreni bör ta hänsyn till detta. *Insiktsbrister och stort behov av konkret stöd hos personer med schizofreni medför att omvårdnadsinsatserna bör ske i det dagliga livets miljö, t ex i personens hem, eftersom det kan vara svårt att överföra inläring från en miljö till en annan.*

Tang och medarbetare visar i en prospektiv studie av medelgod kvalitet (med 76 deltagare) att musikterapi kan minska patientens apati och viljelöshet [57]. En grupp patienter deltog i ett musikterapeutiskt program en timma per dag, fem dagar i veckan, totalt 19 timmar, under ledning av en läkare och två sjuksköterskor. Två av dessa hade genomgått en utbildning i musikterapi. Det musikterapeutiska programmet innebar både att lyssna på musik, sjunga, diskutera texter samt att spela på instrument. Mestadels övade man i grupp men en del enskilda aktiviteter förekom. Konversationsförmågan, samt den sociala förmågan och intresset för omgivningen ökade. Författarna menar att musikterapi kan stärka deltagarna, skapa kontakter och förbygga tillbakadragenhet. I Sverige skulle interventionen knappast kallas musikterapi utan snarare ses som en organiserad omvårdnadsaktivitet. *Resultaten talar för att kreativa organiserade omvårdnadsaktiviteter, som musik, kan ha positiva effekter på deltagarnas intresse för omgivningen.*

Dobson och medarbetare har i en prospektiv studie av hög kvalitet, i dagsjukvård, jämfört effekten av social färdighetsträning med sociala stödåtgärder i den dagliga miljön hos personer med schizofreni med framför allt negativa symtom [14]. Omvårdnadsinsatsen genomfördes av erfarna sjuksköterskor och omfattade fyra träffar om en timme per vecka, i nio veckor. De fann att båda formerna av omvårdnadsåtgärder minskade tillbakadragenhet, konversationssvårigheter och känslomässig avflackning. Författarna diskuterar hur lång träningsperioden bör vara för att kvarhålla effekten då en uppföljning visade att effekterna minskade efterhand. Studien ger stöd för att omvårdnadsinsatser i form av social färdighetsträning och socialt stöd minskar negativa symtom vilket ökar personernas sociala kompetens. Studien visar även på behovet av att stödet ges under längre tid.

I en kinesisk studie som bedömts ha hög kvalitet undersökte Li och Wang effekten av ett rehabiliteringsprogram för sjukhusboende patienter med schizofreni [31]. Personerna led av motivationsbrist, ringa intresse för omgivningen m m. Studien visar att ett program med ADL-träning och positiv förstärkning i form av uppmuntran och belöningar hade god effekt på depressionsliknande symtom. Resultatet kan tolkas som att omvårdnadsinsatser som inriktas på att öka patientens förmåga att klara sitt dagliga liv och som ger positiv uppmärksamhet stärker patientens självkänsla och minskar depressiva symtom. Brist på långtidsuppföljning ger inget svar på om förbättringarna håller i sig om beteendeförstärkningarna försvinner.

Studierna visar att olika omvårdnadsmetoder kan vara verkningsfulla för att lära, träna och utveckla vårdtagarens förmåga att hantera och kontrollera sina symtom. Utgångspunkten vid val av hanteringsstrategier och metoder för stöd är den enskilde vårdtagarens särskilda behov och önskemål.

Läkemedelsadministrering med neuroleptika

Behandling med neuroleptika har en mycket väl dokumenterad effekt för personer med schizofreni. Neuroleptikabehandlingen bör kombineras med andra åtgärder som inbegriper patientens familj samt psykologiskt och psykoterapeutiskt stöd [53]. Genom att läkemedelsbehandling

kombineras med omvårdnadsåtgärder och familjestöd uppnås bättre effekt på de psykotiska symtomen än om man enbart litar till farmakologisk behandling.

Då sjuksköterskan är den som administrerar läkemedel har han/hon vid dessa tillfällen en naturlig kontakt med vårdtagaren och kan då ge svar på spontana frågor och funderingar som personen med schizofreni kan ha om sin medicinering. Vanligtvis sköter dock vårdtagaren eller dennes anhöriga behandlingen. Kontinuerligt återkommande inslag i omvårdnadsarbetet är utbildning om, motivation och stöd för läkemedelsbehandling. *För att genomföra en integrerad vård med helhetssyn krävs att omvårdnadsinsatserna genomförs i nära samarbete med den medicinska behandlingen.*

Studierna som även innefattar omvårdnadsaspekter vid behandling med neuroleptika fokuserar på tre huvudområden; nyttan av att kombinera medicinsk behandling med omvårdnadsinsatser, behovet av delaktighet och information samt familjens betydelse för behandlingens effekt. Av de granskade tio studierna är samtliga av medelgod kvalitet. Av dessa studier är fem prospektiva och fem använder kvalitativ metodik. Dessa studier presenteras i Tabell 6.

I en studie med kvalitativ metodik har Kirkpatrick och medarbetare intervjuat 15 vårdare och studerat deras medvetenhet om förmedling av hopp i sin relation med vårdtagaren [26]. De fann att förmågan att hantera sjukdomen var av central betydelse och att otillräcklig medicinering och symtomkontroll försvårade utbildning och andra omvårdnadsinsatser. Lindring av symtom innebar ofta tillgång till områden av livet som tidigare påverkats negativt av sjukdomen. Framför allt ansågs det viktigt att akuta, utåtagerande symtom dämpades eftersom detta var en förutsättning för fortsatta vårdåtgärder. *När omvårdnadsåtgärder planeras och utförs krävs, särskilt i det akuta skedet, ett nära samarbete mellan omvårdnadsinsatser och medicinsk behandling.*

Grace och medarbetare har i en prospektiv studie av 31 personer med schizofreni undersökt långtidseffekten av läkemedelsbehandling (klozapin) och omvårdnadsåtgärder med psykosocialt stöd enskilt och/eller i grupp och funnit att kombinationen visade sig ha en god effekt på symtomen hos vårdtagarna [19]. Nära hälften av patienterna förbättrades när det gällde symtom, en förbättring som kvarstod under

hela den treåriga undersökningsperioden. Eftersom alla fick kombinationsbehandling vet man dock inte om tillägget av psykosocialt stöd tillförde något till läkemedelsbehandlingen ensam. Förutom detta kunde förbättringar noteras även avseende personernas kognitiva tankeförmåga, psykosocial funktionsförmåga och koncentrationsförmåga samt blev de mer energiska och engagerade. Ett liknande resultat har Tang och medarbetare kommit fram till då de studerade 76 vårdtagare i slutet vård [57]. De fann att kombinationen läkemedelsbehandling och omvårdnadsaktiviteter i grupp (musiksessioner) minskade negativa symtom i förhållande till en kontrollgrupp som enbart behandlats med neuroleptika. Studierna visar på nyttan av att kombinera medicinsk behandling och omvårdnadsinsatser.

I omvårdnad av personer med schizofreni är åtgärder för att stödja personens motivation till och förståelse för sin läkemedelsbehandling återkommande. Tveksamhet, ovilja eller vägran att ta medicin återfinns i många studier. MacPherson och medarbetare har i en prospektiv studie undersökt läkemedelsvägran hos 54 vårdtagare inom psykiatri [34]. Personer som behandlades med tabletter var generellt mer positiva till behandling än personer med depåinjektionsbehandling. Detta är inte förvånande eftersom val av depåbehandling ofta görs för att patienten är ambivalent till läkemedelsbehandling. Studien visar att aktiv läkemedelsvägran tycks höra ihop med bristfällig kunskap och bristande insikt om sjukdomen.

Den studie som refererats ovan visar att de personer som vägrar behandling är de som är i störst behov av den och att större insatser måste läggas på att utveckla stöd till dessa. Omvårdnadsinsatserna kan syfta till att skapa förtroende för och trygghet inför behandlingen. Massiva stöd-, informations- och utbildningsinsatser bör sättas in vid förstagångsinsjukandet för att undvika negativa behandlingserfarenheter då studien visar att dessa kan påverka fortsatta vårdepisoder negativt.

Tveksamheten till depåinjektionsbehandling har särskilt undersökts av Bunn och medarbetare som i en prospektiv studie av 96 vårdtagare i öppen vård fann att individens delaktighet i beslutsfattandet kring behandlingen påverkade attityden till fortsatt depåinjektionsbehandling [9]. Personens förväntningar på behandlingen var av avgörande betydelse för hans/hennes attityd. Bara 10 procent av vårdtagarna visade osäkerhet.

Låg förväntan på nyttan av behandlingen samt hög förväntan på biverkningar av behandlingen ledde till att fler avbröt den. Upplevelsen av mängden symtom och biverkningar hade en avgörande betydelse för attityden till behandlingen. Rädsla för återinsjuknande med påföljande sjukhusinläggning, samt känslan av välbefinnande, uppgavs som skäl för att fortsätta behandlingen liksom tryggheten i en långvarig kontakt med ett stabilt personalteam. Studien visar på betydelsen av pedagogiska omvårdnadsinsatser för att öka personens kunskap om sjukdomen och insikt om läkemedelsbehandlings betydelse för möjligheten att leva ett oberoende liv och för att minska risken för återinsjuknande. Kontinuitet i kontakten ökar förutsättningen att ge ett positivt stöd. Resultaten visar också på vikten av att identifiera de attityder som ligger bakom en ovilja till behandling. *Omvårdnadsinsatserna syftar till att involvera den sjuke i beslut angående sin vård och behandling. Omvårdnaden bör planeras med lyhördhet och hänsyn till individens rädsla och upplevelse av situationen. Informationen bör anpassas efter den enskildes behov och ges så att realistiska förväntningar på behandlingens effekt erhålls.*

I en intervjustudie med kvalitativ metod har McAllister och Chatterton studerat tio vårdtagares subjektiva upplevelser av sin läkemedelsbehandling inom slutenvård [38]. De fann att personens subjektivt upplevda förbättring inte alltid överensstämde med personalens uppfattning. De av patienterna upplevda bekymren med biverkningar tycktes ofta hänga ihop med bristande kunskap om läkemedlets verkan.

DeNiro undersökte känslan av främlingskap hos personer med schizofreni [12]. I denna studie visade sig den negativa upplevelsen av läkemedelsbehandling leda till minskad tilltro till sig själv och en ökad känsla av isolering, detta trots att hälften av de undersökta personerna uppvisade en förbättring med avseende på deras sociala kontakter. Studierna visar på betydelsen av att ta fasta på individens upplevelse av sin livssituation och hur den påverkas av läkemedelsbehandlingen. *Fördomar kring effekter av behandlingen, som tycks böttna i kunskapsbrister vad gäller sjukdomen och läkemedelsbehandlingen, visar på behovet av kontinuerlig och tydlig information vid administrering av läkemedel.*

I en intervjustudie med kvalitativ metod undersöktes familjens betydelse för lyckad läkemedelsbehandling (klozapin) [55]. I studien

framkom vanliga, av familjen upplevda biverkningar hos personen med schizofreni, där den vanligaste biverkan var trötthet (70 procent). I stort sett samtliga familjer uppgav att fördelen med behandlingen var en förbättrad livskvalitet med färre återfall i sjukdomen och därmed mindre behov av sjukhusvård. Studien visar att även anhöriga har behov av utbildning om läkemedels verkan och att det finns behov av kontinuerlig rapportering om eventuella faktorer som påverkar behandlingen negativt. McCann och medarbetare redovisar liknande fynd i en intervjustudie med kvalitativ metod [39]. Ett mycket stort kunskapsbehov fanns hos de intervjuade om effekterna vid läkemedelsvägran hos personer med schizofreni.

Familjens betydelse för att stödja en familjemedlem som drabbats av schizofreni har visats vara stor. För att ge familjemedlemmar vägledning i hur de kan förhålla sig för att på bästa sätt stödja, är det därför viktigt att i omvårdnaden tillgodose familjens behov av kunskaper om läkemedelsbehandlingen och hur den påverkar det dagliga livet för den anhörige som drabbats av schizofreni. Man behöver veta vilket läkemedel den anhörige behandlas med, dos, biverkningar och vilka effekter som kan inträda om behandlingen upphör. I detta arbete har omvårdnadspersonalen en roll som stöd och handledare i kontakten med vårdtagaren och dennes familj. Kanske också som förmedlare till läkaren rörande eventuella biverkningar.

Funktionsträning

Personer med schizofreni är ofta mycket sårbara och känsliga och har svårt att hantera stress. Rehabiliteringen syftar till att återfå och förbättra bristande förmågor och funktioner. Med medicinska åtgärder och omvårdnadsinsatser kan egenvårdförmågan tränas så att individerna så långt som möjligt själv klarar att hantera sitt liv och sin livssituation.

Av de granskade studierna om funktionsträning, se Tabell 7, utgörs en av en litteraturöversikt och en är en kontrollerad randomiserad studie. De övriga fyra är prospektiva studier med kontrollgrupp.

Det är viktigt för personer med schizofreni att förbättra förmågan att hantera stress. Risken för återinsjuknande och återinläggning på sjukhus är annars hög. Faktorer som påverkar förmågan att hantera stress kan vara stress-sårbarhetsnivå, anpassningsförmåga, livshändelser och familjestöd. I en prospektiv studie som bedömts ha medelgod kva-

litet, jämför Bradshaw grupper som behandlats med träning i problemlösning eller med träning av copingförmågan [3]. Båda grupperna förbättrades och återinsjuknandet minskade, men personerna i den grupp som tränat sin förmåga till ”coping” (att hantera situationen) hade lättare att nå sina mål och ökad förmåga att hantera stress. I copingträning identifierades stressmoment i det vardagliga livet och personerna med schizofreni lärde sig effektiva copingstrategier som minskade reaktionerna på omgivningens stressorer. Vid stressrelaterade problem och situationer användes avslappning, meditation och aerobiska övningar. Copingträningen bestod av följande fyra delar:

- att identifiera signaler på stress, stressande tidpunkter och situationer
- att ersätta negativa tankar i samband med stressmoment med hjälp av strukturerade tekniker
- att arbeta fram och lära sig använda effektiva strategier för stressiga sociala situationer som kan föranleda stress
- att schemalägga dagen med fritidsaktiviteter och planerade aktiviteter.

Brown och medarbetare har i en prospektiv studie, av medelgod kvalitet, analyserat hur bristande uppmärksamhet kan påverkas [6]. De jämförde effekterna av kognitiv behandling (”Attention Process Training”) med traditionell träning och undersökte om även andra funktioner kunde påverkas. Ingen skillnad kunde noteras mellan de två behandlingsmodellerna. Båda modellerna resulterade i ökat självförtroende, motivation, självkänsla, uppmärksamhet och minne. Författarna menar att ett effektivt program bör innehålla en kombination av både kognitiv rehabilitering och uppgiftsorienterade aktiviteter och att programmet ska tillhandahållas individuellt tills dess att personens kognitiva förmågor medger aktiviteter i grupp. Vid brister i uppmärksamhet är strukturerade, konkreta och visuellt inriktade åtgärder mest effektiva, vilket även bekräftats i en studie av Velligan och medarbetare [60]. *Omvårdnadsinsatserna bör bedrivas i en omgivning med reducerade sinnesintryck och*

medföra gradvis ökning av svårigheterna i olika uppgifter. I studien av Velligan och medarbetare jämfördes kognitiv träning med miljöanpassning med psykosocial träning för att öka förmåga till anpassning och kompensera kognitiva brister hos personer med schizofreni [60]. Träningen anpassades individuellt i båda grupperna och leddes av speciellt utbildade team. I den psykosociala träningen kunde gruppsykoterapi, utbildning i medicinering, sysselsättning eller sociala aktiviteter ingå. Båda grupperna förbättrades symtomatiskt och funktionellt men förmågan till anpassning ökade mest hos de som fått kognitiv specialträning.

Effekten av social funktionsträning jämfördes med social miljöterapi i en studie av Dobson och medarbetare [14]. I social funktionsträning användes ett utbildningsprogram med instruktioner, övningar, rollspel, hemuppgift m m. I början tränades även grundläggande kommunikationsförmågor. Efterhand individualiserades träningen, egna mål sattes, övades och praktiserades under handledning. I social miljöterapi avsattes samma tid och möjlighet att delta i diskussionsgrupper, träning och sysselsättning i grupp, men ingen direkt funktionsträning erbjöds. Båda behandlingsprogrammen minskade symtomen, men social funktionsträning var mer effektiv när det gällde att förbättra konversationsförmågan samt minska social och känslomässig tillbakadragenhet. Efter avslutad behandling försämrades dock symtombilden.

Li och Wang har, i en randomiserad kontrollerad studie av hög kvalitet, undersökt effekterna av funktionsträning i form av ett träningsprogram med uppsatta mål [31]. Patienterna som bott minst ett år på sjukhus tränades i att sköta sin hygien, klädsel, hålla snyggt runt sängplatsen, hjälpa till att städa samt delta i vårdavdelningens olika aktiviteter. När ett mål nåddes fick patienten positiv förstärkning i form av uppmuntran och belöningar av olika slag. Kontrollgruppen fick ingen specifik träning eller förstärkning men fick delta i samma aktiviteter och fick samma uppgifter. Båda grupperna förbättrades men träningsgruppen uppnådde markanta förbättringar av känslö- och tankemässig förmåga samt ökat intresse för omgivningen. Författarna menar att med dessa typer av vårdinsatser inriktade på personens beteende kan bristande initiativ och oförmåga att klara dagligt liv tränas upp. Liberman

och medarbetare anger i en litteraturoversikt att även personer med svåra schizofrena symtom kan återfå och förbättra funktioner som ökar egenvårdsförmågan och ger ett mer självständigt liv [32].

Sammantaget visar studierna på betydelsen av strukturerad och långvarig undervisning och övning för personer med schizofreni. I denna inlärningsprocess har omvårdnadspersonal viktiga pedagogiska och stödjande funktioner och kan fungera som rollmodeller.

Relationen mellan vårdtagaren och vårdgivaren

Genom en nära kontakt mellan parterna i omvårdnadsarbetet kan djupa relationer uppstå. Dessa kontakter kan ibland gynna patientens känslomässiga anpassning och mognadsutveckling.

Av de sex studier som berör relationen mellan vårdgivare och patient är en prospektiv, en är en litteraturstudie medan de övriga fyra är studier med kvalitativ metod. Av de empiriska studierna är två utförda i Sverige, se Tabell 8.

Vårdtagares upplevelser av relationerna till vårdgivare redovisas i en studie av Pejler och medarbetare [45]. Vårdtagarna uppger sig ha svårt med kontakten, känner skräck inför denna och har en känsla av att inte kunna vara sig själva samtidigt som de vill ha nära kontakt. Finnema och medarbetare har i en prospektiv interventionsstudie med 96 sjuksköterskor och vårdtagare, visat att utbildning inte tycks ha någon effekt på personalens känslomässiga attityder inför patienten (Expressed Emotions) [15]. Det förefaller snarare vara patientens sjukdomstillstånd som avgör det känslomässiga klimatet i relationen. Vårdare till personer som försämrats i sin sjukdom visar en högre känslomässig nivå, är mer kritiska, fientliga och överengagerade än vårdare till personer som är i stabila skeden av sin sjukdom eller som har förbättrats.

Hellzén och medarbetare visade på liknande resultat i en kvalitativ intervjustudie av 20 vårdare inom slutenvård [21]. Studien visar på ett samband mellan vårdarens syn på vårdtagaren och vårdens innehåll. Vårdarens syn på en person med schizofreni tycks hänga ihop med graden av symtom. Vårdare som hade en negativ eller neutral syn på patienten, hade en mer uppgiftsorienterad syn på dennes vårdbehov.

Även i en studie av McAllister och Chatterton visas att vårdare som inte ser framsteg, förlorar hoppet och entusiasmen och att den vård som då erbjuds tenderar att bli rutinmässig [38].

Kirkpatrick och medarbetare fann i en intervjustudie med 15 vårdare i öppen vård, att förmedlandet av hopp är centralt i relationen vårdtagare – vårdare [26]. Vårdarna i studien hävdar att närvaro, förmåga att kunna lyssna och förstå samt att acceptera patientens perspektiv bör stå i fokus i relationen. Denna relation beskrivs i studien som ”en resa där man ibland behöver byta kanal för att förstå” [26 sidan 17]. Även Hellzén och medarbetare visar på liknande resultat. I den studien betonas egenskaper såsom tillgänglighet, flexibilitet, sensitivitet och kreativitet för god omvårdnad [21].

I de två svenska intervjustudierna har personer med kronisk schizofreni redovisat de egenskaper som de önskar att en god vårdare ska ha [21,45]. Resultaten av de två studierna är samstämmiga. Patienterna betonar vikten av allmänmänniska egenskaper såsom att vårdaren är snäll, att de försöker göra sitt bästa, att de är pålitliga, att de kan förlåta, att de bryr sig om och att de är humoristiska. Pejler och medarbetare, som också studerat patienternas syn på vårdarna har funnit att det som patienten upplever som negativt hos vårdpersonalen är: att vilja bestämma, att vara dominant eller nonchalant, eller att alltför ofta fokusera på patientens sämre egenskaper och förmågor i stället för dennes bättre sidor [45].

Buchanan framhåller i en litteraturöversikt att i relationen mellan patienten och vårdgivaren är vårdpersonalens flexibilitet för olika former av socialt stöd fundamentalt [8]. Författaren betonar att eftersom personer med schizofreni har individuella behov är det viktigt att stödåtgärderna flexibelt anpassas till individen.

I omvårdnadsarbetet är relationen av grundläggande betydelse. Studierna visar att man i omvårdnadsarbetet bör sträva efter en nära och medmänsklig relation mellan vårdtagare och vårdare. Vårdarna bör vara observanta på sambandet mellan sin syn på personerna med schizofreni och sitt eget förhållningssätt i relationen.

Vårdmiljöns betydelse

En god omvårdnad bör kunna erbjudas i en vårdmiljö som är anpassad till de speciella behov som personer med schizofreni har. Om möjligt bör vård och behandling ges utan att individen behöver bryta upp från sin invanda miljö. Vård av personer med schizofreni ges i allt större utsträckning i hemmet och i nära samarbete med anhöriga. Vid vård utanför sjukhusen kan både kortvarig och mera långvarig vård ofta erbjudas i hemlik miljö. Sjukhusen används för de mer akuta, intensiva sjukdomsperioderna. Ansträngningar görs för att skapa goda vårdmiljöer på avdelningar där vården av de svårast sjuka koncentreras.

I sex av de granskade studierna behandlas betydelsen av den miljö som vården bedrivs i, se Tabell 9.

Melle och medarbetare beskriver, i en retrospektiv studie av medelgod kvalitet, hur en norsk psykiatrisk vårdavdelning omorganiserades för en mer passande vårdmiljö för personer med schizofreni [40]. Målet var att erbjuda en mindre konfrontativ, individuellt inriktad vård med färre gruppaktiviteter. Vårdtiden förkortades och antalet vårdplatser minskade utan att någon reduktion av personalen skedde. Vårdtagarna ansåg att det efter omorganisationen var bättre struktur på avdelningen och att aggressionsnivån var lägre. Man fann att personer som behandlats på korttidsavdelningen hade samma funktionsnivå vid utskrivning som de personer som behandlats på avdelningen före omorganisationen men vårdtiden var generellt sett endast hälften så lång.

Dean och medarbetare studerade äldre personer med kronisk schizofreni som flyttat från sjukhusboende till vårdhems/gruppboendeliknande enheter [11]. De undersökta personerna hade kognitiva skador. Förbättringar i kognitiva funktioner och ADL-förmågor noterades efter flyttningen, och även umgänge och aktiviteter med personalen ökade.

Velligan och medarbetare har visat, i en prospektiv studie, att kognitiv träning med miljöanpassning kan förbättra symtombilden och den dagliga funktionsförmågan [60]. En mängd praktiska hjälpmedel användes såsom; dagsschema, komihåglappar, checklistor och tydliga skyltar. Onödiga stimuli som distraherade personerna plockades bort och en god inredning skapades. Dagligt använda saker gjordes lättillgängliga och synliga medan kläder och saker som ej användes plockades undan. Tekniska hjälpmedel såsom; läkemedelslådor med alarm och

inspelade meddelanden som påminner om viktiga saker användes i studien. När patienterna gjorde framsteg togs hjälpmedlen bort eller förändrades för att passa den nya funktionsnivån. Liberman och medarbetare framhåller att miljön för personer med schizofreni kan ändras så att funktioner uppmuntras och förstärks [32]. För individer med reducerade förmågor kan speciella stödjande miljöer skapas som sedan förändras allt eftersom förbättringar sker.

I en retrospektiv studie matchade Hornstra och medarbetare personer som deltog i ett "case-management" program (personligt ombud) med en jämförbar grupp som fick traditionell öppenvård [23]. Vid journalanalyser jämfördes mängd och typ av insatser i eftervården med antal nya vårdtillfällen och vårdtid på sjukhus. Trots att den förstnämnda gruppen erhöll markant mer vård och service än kontrollgruppen hade man i stort sett fortfarande samma behov av sjukhusvård. I en prospektiv studie av god kvalitet, jämför Muijen och medarbetare effekterna av öppenvårdsinsatser i form av "case-management" med en mer standardiserad modell [41]. Trots stor skillnad i mängd kontakter och omvårdnadsåtgärder redovisas ingen skillnad i vare sig symtom eller funktionsförändring, antal nya sjukhusinskrivningar eller tillfredsställelse hos vårdtagare eller anhörig.

Sammantaget visar studierna att miljön kan användas i behandlande syfte. Personer med schizofreni tycks vara mer betjänta av en vårdmiljö med hög nivå av stöd, praktisk orientering och låg aggressionsnivå. En utmaning i omvårdnaden är att vårdmiljön anpassas så att den svarar mot den enskilda vårdtagarens behov och att den förändras med individens utveckling. *Förutom att man i omvårdnadsarbetet tar hänsyn till individens och anhörigas aktiviteter, krav och dagliga miljö är det viktigt att lyfta fram kunskapen om att vårdmiljön kan användas i behandlande syfte. De omvårdnadsinsatser som visat sig ha betydelse i detta avseende är att åstadkomma en tydlig struktur i det dagliga livet, minskning av distraherande stimuli och helst vård i hemmet eller i hemlik miljö.*

Personalens attityder och synsätt

Den sociala miljöns betydelse för personer med schizofreni har studerats i forskning av familjemönster. Där man funnit att hög nivå av "expressed emotions" (EE) ökar risken för återinsjuknande. Med tillämpning på

omvårdnadsrelationen, innebär kunskaper från EE-forskning att relationen ska präglas av ett förstående förhållningssätt med undvikande av kritik och negativt överengagemang. Leff och medarbetare undersökte personer med schizofreni och fann att familjens sätt att vara hade stor betydelse för risken att återinsjukna [30]. Om familjen uppträdde kritiskt och/eller visade överengagemang i den anhöriges liv var risken för återinsjuknande högre än om familjen var förstående men mer neutral. För presentation av teorin om ”expressed emotions” (EE) se Orhagen [44].

Här redovisas fyra studier, tre prospektiva och en med kvalitativ metod som alla behandlar personalens attityder och synsätt, se Tabell 10.

I en prospektiv studie, av medelhög kvalitet har förhållandet mellan funktionsförmåga hos personer med schizofreni som behandlas inom slutenvård och sjuksköterskors EE-nivå undersökts [15]. Sjuksköterskorna erbjöds ett utbildningsprogram (7 dagar) om terapeutiskt klimat, stress-sårbarhetsmodell, copingstrategier och praktisk tillämpning. Syftet var att undersöka om utbildningen hade någon mätbar effekt på sjuksköterskors EE-nivå och om det i så fall resulterade i någon förändring i patienternas funktionsförmåga, symtombild eller förändrade regler på avdelningen. I studien ingick 29 sjuksköterskor och 52 vårdtagare. Studien visade att kunskapen ökade, men det gav ej effekt vad gäller EE-nivå hos sjuksköterskor. Hos 1/3 av sjuksköterskorna fann man uttryck för hög EE-nivå, vilket ej förändrades under studietiden. Sjuksköterskor till vårdtagare som försämrades visade en trend mot högre EE-nivå än sjuksköterskor till vårdtagare som förbättrades eller var i stabila skeden av sin sjukdom. Vårdtagarna uppfattade sjuksköterskorna som stödjande och engagerade och skattade inte deras EE-nivå som hög. Utbildningen resulterade i förändrat förhållningssätt hos sjuksköterskorna, med en minskning av regler, vilket var till nytta för vårdtagarna.

I en prospektiv studie, av hög kvalitet, studerades om utbildning i familjeorienterat arbete kunde förändra inställning och kunnskap hos omvårdnadspersonal på sådant sätt att det visar sig i förhöjd livskvalitet hos vårdtagare och familj [5]. Utbildningen var fokuserad på familjens copingstrategier, innebörden i stödjande miljö, krishantering och problemlösning. Studien genomfördes med en experimentgrupp, där

familjerna fick familjestöd av sjuksköterskor som fått utbildning samt en kontrollgrupp där familjestöd gavs av sjuksköterskor som ej genomgått utbildning. Interventionen följdes upp efter 12 månader. I experimentgruppen hade förekomst av såväl negativa (inåtvändhet, glädjelöshet, tystnad och torftighet) som positiva symtom (hallucinationer och vanföreställningar) hos vårdtagarna minskat, vilket inte var fallet i kontrollgruppen. Antalet vård dagar minskade markant för båda grupperna. Man fann även att symtomen, och särskilt depressiva symtom, minskade och att tillfredsställelse med vård och service ökade hos familjemedlemmar i experimentgruppen, men ej i kontrollgruppen. Det som främst bidrog till förbättringar av tillfredsställelsen var praktiska råd, känslomässigt stöd, och sjuksköterskans attityd till vårdtagaren.

Även Gamble och medarbetare har i en prospektiv studie av medelhög kvalitet studerat huruvida utbildning i familjeorienterat arbete kan förändra sjuksköterskors kunskaper om schizofreni och attityder till personer med schizofreni och deras familj [16]. Utbildningen var nio månader, där de första tre behandlade familjearbete, teorier om schizofreni och expressed emotions (EE). Därefter arbetade sjuksköterskorna (n=12) parvis under handledning med vårdtagare och familj i deras hem. Studien visar att sjuksköterskornas kunskaper om schizofreni ökade samt att attityderna förändrades.

Vårdarnas uppfattning om hur de kan stödja och påverka upplevelse av hopp hos personer med schizofreni har undersökts i en kvalitativ studie av medelhög kvalitet [26]. Vårdarna beskrev såväl strategier för att inge hopp hos patienterna som hinder för hopp hos patienterna. De vanligaste hoppingivande strategierna rörde omvårdnadsrelationen:

- *Att bygga relationer*; genom att vara närvarande, att lyssna på och värdesätta personen, att vara förstående, accepterande och tillåtande.
- *Att underlätta för patienten att lyckas*; innefattade en realistisk målsättning med stöd i det dagliga livet, men också i ovanliga situationer. Upplevelsen av att ha lyckats gav individen ökad kontroll i sitt liv och bättre självkänsla. Personalen gav stöd även när det innebar risk, t ex att konfrontera en negativ relation.

- *Att anknyta till en lyckad rollmodell;* innebar att på olika sätt öka anknytning till andra i liknande situation för att minska känslor av ensamhet.
- *Hantering av sjukdomen;* genom god symtomkontroll nämndes av många som viktigt och sågs ofta som en förutsättning för andra interventioner.
- *Utbildning av vårdtagare och samhälle;* genom att informera om att många som insjuknat tillfrisknar eller lever tillfredställande liv beskrevs som viktigt för patienternas möjlighet att känna hopp.
- *Hinder för hopp;* det största hindret för hopp var risken för stigmatisering – att bli stämplad som avvikare, från såväl vårdare som samhälle. Inre hinder för hopp relaterades till sjukdomen schizofreni och personens svårigheter att etablera relationer.

För den som lever med schizofreni är de kunskaper, attityder och värderingar som finns i samhället, i den sjukes familj och hos vårdpersonal avgörande för möjligheten att leva ett gott liv. En viktig uppgift för hälso- och sjukvårdspersonal är därför att påverka attityder i samhället men också att granska sina egna. Tre av de studier som ingår i rapporten visar att utbildning av sjuksköterskor, baserade på teorin om EE, haft en positiv effekt på kunskaper, attityder och värderingar vilket i sin tur lett till ökat välbefinnande och ökad funktionsförmåga hos vårdtagarna. Omvårdnadsåtgärder består av två integrerade delar, uppgiften som utförs och relationen inom vilken den utförs. Eftersom dessa båda aspekter förutsätter varandra är det viktigt att lyfta fram kunskapen om att personalens attityder och förhållningssätt påverkar relationen och dess utveckling. Personalens förhållningssätt bör präglas av ett tillåtande klimat med undvikande av kritik och negativt överengagemang.

Kapitel 4

Sammanfattning och förslag till fortsatt forskning

Denna kunskapssammanställning omfattar ett urval studier publicerade under tidsperioden 1993–1998. Rapporten visar att det tillgängliga vetenskapliga underlaget för omvårdnad av personer med schizofreni är mycket begränsat. I rapporten har endast studier som bedömts ha hög eller medelgod kvalitet medtagits, men då de flesta studier genomförts i länder med annan social och ekonomisk kultur, kan bevisvärdet omsatt i svensk vård ibland vara svårtolkat. I rapporten ingår endast två svenska studier.

Den valda sökstrategin med inklusionskriteriet schizofreni har begränsat urvalet. Studier som behandlar ”severe mental illness” har inte ingått. Även studier som behandlar patienter med schizofreni-liknande symtom, före det att diagnos satts, saknas. Många viktiga studier inom psykiatrisk omvårdnad behandlar inte en specifik patientgrupp. Studier om vård under tvång och om missbruk i samband med psykisk sjukdom saknas. Det stora antalet studier om läkemedelsbehandling kan troligen relateras till diagnoskriteriet. Vald sökstrategi har förmodligen även påverkat avsaknaden av studier om ”case-management”. De två studier om ”case-management” som ingår visar på negativt resultat. En Cochrane-review baserad på ett stort antal studier kommer till samma negativa resultat [36]. En annan Cochrane-review visar dock att så kallad ”Assertive Outreach”-modell har positiva effekter på sjukhusinläggningar och på att hålla kvar patienterna i behandlingsprogrammen [37]. Denna modell bygger på högspecialiserade, dygnet runt tillgängliga, psykiatriska team med måttlig patientbörda (mindre än 20 patienter per team). I Socialstyrelsens uppföljning av personligt ombud för psykiskt funktionshindrade personer ingår också en kunskapssammanställning av modellens effekter [49].

I hela västvärlden har utvecklingen inom psykiatrisk vård förskjutits från sluten vård mot mer öppna vårdformer. Dessa förändringar ställer

ökade krav på att det finns en familj och ett fungerande nätverk för personer med schizofreni. I de internationella studier som rapporten bygger på, finns vetenskapligt stöd för att ett viktigt område för utveckling av psykiatrisk omvårdnad är utbildning, stöd och information till familjer när en familjemedlem insjuknat i schizofreni.

Av de studier som utgör underlaget för denna rapport är tre randomiserade kontrollerade studier. Eftersom denna typ av studie har högst vetenskapligt bevisvärde när det gäller att undersöka en given interventionseffekt, framstår det som angeläget att fler sådana studier genomförs inom området; omvårdnad av personer med schizofreni. De omvårdnadsinterventioner som behöver studeras är bl a effekterna av olika utbildnings- och träningsprogram samt olika former för familjestöd.

Vid litteraturgenomgången framkom att det fanns ett mycket begränsat antal studier där patienter tillfrågats om sina upplevelser av vård eller om vad de anser vara verksamt i behandling och omvårdnad. Det behövs alltså fler studier med fokus på patienters upplevelser, då det inte är självklart att personalens och patientens uppfattning om vad som är god vård överensstämmer.

I de granskade studierna utgör medelålders män en stor andel av undersökningspersonerna. Det borde vara av intresse att undersöka om män och kvinnor med schizofreni, i olika ådrar, har samma behov vad gäller behandling och bemötande i vården.

Mot bakgrund av allt mer öppna vårdformer borde studier av samarbete med olika vårdgrannar, såsom primärvård, socialtjänst och kriminalvård också prioriteras.

Referenser

1. Baker C. The development of the self-care ability to detect early signs of relapse among individuals who have schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 1995;9(5):261-8.
2. Bibou-Nakou I, Dikaiou M, Bairactaris C. Psychosocial dimensions of family burden among two groups of carers looking after psychiatric patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1997;32(2):104-8.
3. Bradshaw WH. Coping skills training versus a problem-solving approach with schizophrenia patients. *Hospital and Community Psychiatry* 1993;44(11):1102-4.
4. Brooker C. Community psychiatric nursing. In: Brooker JI, Ritter SAH, Thomas BL (Eds.) *A Textbook of Psychiatric Nursing and Mental Health Nursing*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1992.
5. Brooker C, Falloon I, Butterworth A, Goldberg D, Graham-Hole V, Hillier V. The outcome of training community psychiatric nurses to deliver psychosocial intervention. *British Journal of Psychiatry* 1994;165(2): 222-30.
6. Brown CK, Harwood Hays C, Heckman J, Short JE. Effectiveness of cognitive rehabilitation for improving attention in patients with schizophrenia. *Occupational Therapy Journal of Research* 1993;13(2):71-86.
7. Buccheri RL, Trygstad Kanas N, Waldron B, Dowling G. Auditory hallucinations in schizophrenia. Group experience in examining symptom management and behavioral strategies. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 1996;34(2):12-26.
8. Buchanan J. Social support and schizophrenia: a review of the literature. *Archives of Psychiatric Nursing* 1995;9(2):68-76.
9. Bunn MHAM, O'Connor AM, Sutherland Tansey M, Jones BDW, Stinson L. Characteristics of clients with schizophrenia who express certainty or uncertainty about continuing treatment with depot neuroleptic medication. *Archives of Psychiatric Nursing* 1997;11(5):238-48.
10. Cullberg J. *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur, 1996.
11. Dean R, Briggs K, Lindsay J. The Domus philosophy: A prospective evaluation of two residential units for elderly mentally ill. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1993;8:807-17.
12. DeNiro DA. Perceived alienation in individuals with residual-type schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing* 1995;16(3):185-200.
13. Dickerson F B, Boronow JJ, Ringel N, Parente F. Lack of insight among outpatients with schizophrenia. *Psychiatric Services* 1997;48(2): 195-9.

14. Dobson DJG, McDougall G, Busheikin J, Aldous J. Effects of social skills training and social milieu treatment on symptoms of schizophrenia. *Psychiatric Services* 1995;46(4): 376-80.
15. Finnema EJ, Louwerens JW, Slooff CJ, van den Bosch RJ. Expressed emotion on long-stay wards. *Journal of Advanced Nursing* 1996;24(3): 473-8.
16. Gamble C, Midence K, Leff J. The effects of family work training on mental health nurses' attitude to and knowledge of schizophrenia: a replication *Journal of Advanced Nursing* 1994;19(5):893-6.
17. Glynn S M, Pugh R, Rose G. Benefits of relatives' attendance at a workshop on schizophrenia at a state hospital. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993;16(4): 95-101.
18. Goodman C. Literature searching and evidence. Interpretation for assessing health and care practices. Stockholm: SBU, 1993.
19. Grace J, Bellus SB, Raulin ML, Herz MI, Priest BL, Brenner V, Donnelly K, Smith P, Gunn S. Long-term impact of clozapine and psychosocial treatment on psychiatric symptoms and cognitive functioning. *Psychiatric Services* 1996;47(1): 41-5.
20. Hallberg IR. Omvårdnad och arbetsterapi i den psykiatriska vården – Psykiatri uppföljningen 1997:6. Socialstyrelsen, Stockholm, 1997.
21. Hellzén O, Norberg A, Sandman PO. Schizophrenic clients' image of their carers and the carers' image of their clients' An interview study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 1995;2(5): 279-85.
22. Hellzén O, Asplund K, Gilje F, Sandman PO, Norberg A. From optimism to pessimism. A case study of a psychiatric patient. *Journal of Clinical Nursing*. 1998;7(4):360-70.
23. Hornstra RK, Bruce-Wolfe V, Sagduyu K, Riffle DW. The effect of intensive case management on hospitalization of patients with schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry* 1993;44(9):844-7.
24. Howard PB. Lifelong maternal caregiving for children with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 1994; 8(2):107-14.
25. Kennedy BR, Williams CA, Pesut JD. Hallucinatory experiences of psychiatric patients in seclusion. *Archives of Psychiatric Nursing* 1994;8(3):169-76.
26. Kirkpatrick H, Landeen J, Byrne C, Woodside H, Pawlick J, Bernardo A. Hope and schizophrenia: clinicians identify hope-instilling strategies. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 1995;33(6):15-9.
27. Kitwood T. Dementia reconsidered - a person comes first. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 1998.
29. Lazarus R, Folkman S. Stress appraisal and coping. New York: Springer, 1984.

30. Leff JP, Vaughn C. Expressed emotions in families. New York: Guildford Press, 1985.
31. Li F, Wang M. A behavioural training programme for chronic schizophrenic patients. A three-month randomised controlled trial in Beijing. *British Journal of Psychiatry* 1994;Suppl.(24): 32-7.
32. Liberman R P, Wallace CJ, Blackwell G, Vaccaro JV, Kuehnel TG. Innovations in skills training for the seriously mentally ill: the UCLA social and independent living skills modules. *Innovations and Research* 1993;2(2):43-59.
33. Lundin L (red.), Malm U, Rutz W. Att bistå vid schizofreni och likartade psykosor. Göteborg: Intresseförbundet för schizofreni, 1996.
34. MacPherson RB, Jerrom , Hughes A. Drug refusal among schizophrenic patients treated in the community. *Journal of Mental Health* 1997;6(2):141-7.
35. Main MC, Gerace L M, Camilleri D. Information sharing concerning schizophrenia in a family member: adult siblings' perspectives. *Archives of Psychiatric Nursing* 1993;7(3):147-53.
36. Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update software.
37. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for those with severe mental disorders (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update software.
38. McAllister M, Chatterton R. Clozapine: Exploring clients' experiences of treatment. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 1996; 5(3):136-42
39. McCann G, McKeown M, Porter I. Understanding the needs of relatives of patients within a special hospital for mentally disordered offenders: a basis for improved services. *Journal of Advanced Nursing* 1996;23(2):346-52.
40. Melle I, Friis S, Hauff E, Island TK, Lorentzen S, Vauglam P. The importance of ward atmosphere in inpatient treatment of schizophrenia on short-term units. *Psychiatric Services* 1996;47(7):721-6.
41. Muijen M, Cooney M, Strathdee G, Bell R, Hudson A. Community psychiatric nurse teams: Intensive support versus generic care. *British Journal of Psychiatry* 1994;16(5):211-17.
42. Norberg A, Athlin E. The interaction between the Parkinsonian patient and his caregiver during feeding: a theoretical model. *Journal of Advanced Nursing* 1987;12(5):545-50.
43. Orem DE. *Nursing - Concepts of Practice*. (3rd ed.). New York: McGraw-Hill Book Company, 1980.
44. Orhagen T. *Working with Families in Schizophrenic Disorders: the Practice of Psychoeducational Intervention*. Linköping University Medical Dissertation No. 363 Linköping, 1992.

45. Pejler A, Asplund K, Norberg A. Stories about living in a hospital ward as narrated by schizophrenic clients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 1995;2(5):269-77.
46. Pejler A, Asplund K, Gilje F, Norberg A. The meaning of providing care of patients at a long term psychiatric ward. *Journal of Psychosocial and Mental Health Nursing* 1998;5(2):255-64.
47. Peplau H. *Interpersonal Relations in Nursing. A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing.* London: MacMillan Education, 1952.
48. Provencher H.L. Objective burden among primary caregivers of persons with chronic schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 1996;3(3):181-7.
49. Personligt ombud för funktionshindrade personer – Psykiatri uppföljningen 1997:6. Socialstyrelsen, Stockholm, 1997
50. Schmitt FE, Wooldridge P. Psychological preparation of surgical patients. *Nursing Research* 1973;22:108-16.
51. Socialstyrelsens författningssamling. Omvårdnad inom hälso- och sjukvården. SOSFS 17:1993
52. Socialstyrelsens författningssamling. Kompetenskrav för tjänstgöring som sjuksköterska och barnmorska. SOSFS 15:1995
53. SBU. Rapport 133: Behandling med neuroleptika, volym 1. Stockholm, SBU:1997.
54. SBU. Medicinsk utvärdering. Arbetspärm. Stockholm, SBU:1997.
55. Stebbin HT. Families' perspectives of clozapine treatment. *Perspectives in Psychiatric Care* 1995;31(4):14-20.
56. Svalander PA, Widen J. "Att vårda vårdarna" – Lednings- och arbetsformer på en psykiatrisk vårdavdelning Lund: Studentlitteratur, 1983.
57. Tang W, Yoa X, Zheng Z. Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia. A one-month randomised controlled trial in Shanghai. *British Journal of Psychiatry* 1994;165(suppl.24): 38-44
58. Travelbee P. *Interpersonal Aspects of Nursing.* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis, 1971.
59. Tuck I, du Mont P, Evans G, Shupe J. The experience of caring for an adult child with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 1997;11(3):118-25.
60. Velligan DI, Mahurin RK, Mahurin RK, Lefton RS, Flores CV. Preliminary evaluation of cognitive adaptation training to compensate for cognitive deficits in schizophrenia. *Psychiatric Services* 1996;47(4): 415-7.
61. Willman A. Evidensbaserad omvårdnad en bro mellan forskning och klinisk verksamhet. *Vård i fokus* 1998;3:4-8.

Tabeller

Tabell 1a. Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet, studier med kvantitativ metod.

	I= hög	II= medel	III= låg
C	Prospektiv randomiserad studie. Större väl planerad och genomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter tillräckligt stort för att besvara frågeställningen.	–	Randomiserad studie med för få patienter, och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
P	Prospektiv studie utan randomisering. Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter, adekvata statistiska metoder.	–	Litet antal patienter, brister i genomförande, tveksamma statistiska metoder.
R	Retrospektiv studie. Stort konsekutivt patientmaterial väl beskrivet och analyserat med adekvata statistiska metoder (t ex multivariantanalys, fall-kontrollmetodik etc). Lång uppföljningstid.	–	Begränsat patientmaterial otillräckligt beskrivet, alltför kort uppföljning eller inadekvata statistiska metoder.
L	Noggrann litteraturgenomgång, väl redovisat patientmaterial, ofta i tabellform. Väldokumenterat lärobokskapitel.	–	Redovisning utan källhänvisning och med ofullständigt underbyggda slutsatser.

Kvalitetskriterier för C, P, R och L enligt SBU [53, Kapitel 5 sidan 2].

Tabell 1b. Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet, studier med kvalitativ metod.

	I= hög	II= medel	III= låg
K	Studie med kvalitativ metod. Väldefinierad frågeställning, relevant urval samt väl beskriven undersökningsgrupp och kontext. Metod och analys väl beskriven och genomförd, resultatet är logiskt och begripligt, god kommunicerbarhet.	–	Dåligt/vagt formulerad frågeställning, undersökningsgrupp för liten/otillräckligt beskriven, metod/analys ej tillräckligt beskriven eller bristfällig resultatredovisning.

Kvalitetskriterier för K har formulerats av författarna.

Tabell 2. Omvårdnad vid behandling av personer med schizofreni. Kriterier för inklusion.

Urval studie/population	Område/intervention	Resultatmått
Personer diagnostiserade med schizofreni enligt internationell guideline: DSM eller ICD Randomiserad kontrollerad studie (C) Prospektiv studie (P) Retrospektiv studie (R) Kvalitativ studie (K) Litteraturgenomgång (L)	Krisintervention Utbildning Rehabilitering Case management Familjestöd/relationer Samspel vårdtagare, kooperativ, föreningar	Vårdtagarens upplevelse av vården Vårdtagarens livskvalitet Vårdtagarens tillfredställelse med vården Anhörigas tillfredställelse med vården Personalens tillfredställelse med vården Omvårdnadsmetodernas effekt på symtom och funktioner Omvårdnadens effekt, ekonomisk analys

Tabell 3. Översikt av de studier som kvalitetsgranskats och bedömts vara relevanta för fortsatt granskning.

Typ av artikel	Författare	Antal personer	Område	Kvalitet
C + K	Buccheri m fl 1996	16	Symtomhantering	II
C	Li & Wang 1994	52	Rehabiliteringsprogram	I
C	Miujen m fl 1994	82	Case mangement	I
P + K	Bibou-Nakou m fl 1997	52	Familjebörda	II
P	Bradshaw 1993	16	Coping/problemlösning	II
P	Brooker m fl 1994	12	Psykosocial intervention	I
P	Brown m fl 1993	29	Kognitiv rehabilitering	II
P	Bunn m fl 1997	96	Patientutbildning; läkemedel	II
P	Dean m fl 1993	24	Vårdmiljö	II
P	Dickerson m fl 1997	87	Bristande insikt, patienter	I
P	Dobson m fl 1995	45	Social funktionsförmåga	II
P	Finnema m fl 1996	98	Vårdmiljö	II
P	Gamble m fl 1994	12	Psykosocial intervention	II
P	Glynn m fl 1993	33	Utbildning – familj	II
P	Grace, m fl 1996	31	Klozapin/psykosocial behandling	II
P	MacPherson m fl 1997	54	Läkemedelsvägran	II
P	Provencher 1996	70	Familjebörda	II
P	Tang m fl 1994	76	Musikterapi	II
P	Velligan m fl 1996	40	Kognitiv anpassning	II
R	Hornstra m fl 1993	224	Case management	II
R	Melle m fl 1996	73	Vårdmiljö	II
K	Baker 1995	15	Tidiga tecken på återfall	I
K	DeNiro 1995	20	Upplevelse av alienation	II
K	Hellzén m fl 1995	29	Patienters och vårdares upplevelser	I
K	Howard 1994	10	Livslångt vårdande: mödrar	I
K	Kennedy m fl 1994	25	Hallucinationer vid isolering	II
K	Kirkpatrick m fl 1995	15	Strategier som stödjer hopp	II
K	Main m fl 1993	11	Syskons information	I
K	McCann m fl 1996	17	Anhörigas upplevelser	II
K	McAllister, Chatterton 1996	10	Subjektiv/objektiv förbättring	II
K	Pejlert m fl 1995	10	Patienters upplevelser	II
K	Stebbin 1995	16	Klozapin, familjens upplevelser	II
K	Tuck m fl 1997	9	Föräldrars upplevelser	I
L	Buchanan 1995		Socialt stöd	–
L	Liberman m fl 1993		Funktionsträning	–

C=Prospektiv, randomiserad studie
P=Prospektiv studie
R=Retrospektiv studie
K=Studie med kvalitativ metod
L=Litteraturgenomgång (review)

Bedömning av kvalitet

I=Hög kvalitet
II=Medelgod kvalitet

Tabell 4. Översikt av studier som undersökt familjens upplevelser och informationsbehov.

Författare år och land	Undersöknings- personer	Studiedesign	Instrument	Resultat	Kvalitet
Bibou-Nakou (1997) England	n=52 i grupper: n=21 akut behandling n=31 fortsatt behandling öppen vård anhörigvårdare	P och K Kombination av kvalitativ och kvantitativ metod. Bandade intervjuer, cirka 2 timmar Chronbach alpha. Analys av innehåll, faktor- analys, tvåvägs ANOVA, Pearsons korrelation	Halvstrukturerade intervjuer (börda) Kliniskt status/skala Coping, kontroll och psykisk hälsa formulär Validitet/reliabilitet (ref.)	Familjebörda i ett stressprocess-perspektiv: Det fanns ett signifikant samband mellan börda och hälsa, kontroll och coping var associerade med börda och psykisk funktion förmåga.	Medel (II)
Glynn m fl (1993) USA	n=33 (sluten vård, anhöriga)	P Prospektiv intervention: Workshop 1 dag (ref.) Mätning före och efter workshop, efter 3 månader T-test. P-värde.	Kunskap, formulär Sjukdomsförståelse/ stöd, skala Validitet/reliabilitet (ref.)	Anhörigas kunskap om schizofreni, förståelse för anhörigs sjukdom ökade signifikant.	Medel (II)
Howard (1994) USA	n=10 + 9 (mödrar)	K Kvalitativ "grounded theory design". Cirka 4 timmars bandade, utskrivna intervjuer. Fynden validerade med deltagare	Demografiska data Öppna intervjuer Anteckningar Dagböcker	Mödrars vård av vuxet barn med schizofreni innebar lärande i en process: att varsebli problemet, sökandet efter lösningar, att uthärda situationen, att överleva erfarenheten.	Hög (I)
McCann m fl (1996) England	n=17 (sluten vård, närstående)	K Kvalitativ. Intervju protokoll med ref. Bandade intervjuer. Innehålls- analys Interbedömrareliabilitet Kendalls koefficient	Halvstrukturerade intervjuer	Studien visade att service och utbildning till anhöriga behövde förbättras. Anhöriga fick ej stöd och var heller ej involverade i vården.	Medel (II)
Main m fl (1993) USA	n=11 (syskon)	K Kvalitativ, bandade intervjuer. Innehållsanalys; kodning av två oberoende bedömare	Halvstrukturerade intervjuer Guide, anpassad, (ref.)	Syskonen måste vara aktiva och söka information. Råd om dagligt liv var till mest nytta. Många ansåg att de och familjen ignoreras/ behandlats nedlåtande.	Hög (I)

Tabell 4. Forts.

Författare år och land	Undersöknings- personer	Studiedesign	Instrument	Resultat	Kvalitet
Provencher (1996) Canada	n=70 (primära vårdgivare)	P Prospektiv Chronbach alpha	Objektiv börda formulär Validitet/reliabilitet (ref.)	Objektiv börda hos primära vårdare: spänningar i relationer, fysiska och känslomässiga problem hos primär vårdare, störningar att utföra sitt arbete.	Medel (II)
Stebbin (1996) USA	n=16 (familjer)	K Kvalitativ med analys av innehåll. Dubbel kodning Interbedömarreliabilitet	Halvstrukturerade intervjuer	Ökad livskvalitet, högre funktionsnivå, färre sjukhusinläggningar.	Medel (II)
Tuck (1997) USA	n=9 (föräldrar)	K Kvalitativ fenomenologisk design. Bandede, utskrivna intervjuer. Analys validerad i forskningsgrupp med originaldata	Öppna intervjuer	Familjernas liv förändrades dramatiskt. Om desperat sökande efter hjälp, den anhöriges förvandling, kampen för att bevara hopp och ett föräldraskap utan slut.	Hög (I)

Tabell 5. Översikt av studier som redovisar omvårdnad vid upplevelser och hantering av symptom.

Författare år och land	Undersöknings- personer	Studiedesign	Instrument	Resultat	Kvalitet
Baker (1995) Canada	n=15 (patienter i öppen vård)	K Kvalitativ metod tolkande interaktion	Öppna intervjuer frågeformulär	I förmågan att upptäcka och hantera tidiga tecken på sjukdom finns en reaktion på psykisk smärta, identifiering och beskrivning av utlösande faktorer och ökad uppmärksam- het för varningssignaler	Hög (I)
Bucceri m fl (1996) USA	C n=17 Bortfall=5 (patienter i öppen vård) K n=21	C och K kombination av kvantitativ och kvalitativ metod, bandade och utskrivna intervjuer, innehållsanalys. Randomiserad, kontrollerad studie, 6 personer i varje grupp Mann-Whitney Bortfallsanalys utförd	Dagboksanteckningar med frågeformulär, halvstrukturerad intervju	Likheter och skillnader finns avseende röst- hallucinationer. Struktur tycks påverka rösthallucinationer positivt.	Medel C (II) K (II)
DeNiro (1994) USA	n=20 (patienter i sluten vård)	K Kvalitativ metod, bandade och utskrivna intervjuer, innehållsanalys	Halvstrukturerade intervjuer	Upplevelser av ensamhet och isolering förstärks av patientens känsla av odelighet i sociala situationer.	Medel (II)
Dickerson m fl (1997) USA	n=87 (patienter i öppen vård)	P Prospektiv studie Pearson correlations Variansanalys Multipel regressionsanalys	Symtomskattning Funktionskattning Neuropsykologiska test Validitet/reliabilitet (ref.)	75 procent har insiktsbrister, ju sämre insikt ju svårare sjukdomsbild. Insiktsbrist relaterar till vanföreställning, mindre sociala kontakter, kognitiva brister och mindre ångslan	Hög (I)
Dobson m fl (1995) Canada	n=45 bortfall=17 (patienter i öppen vård)	P Prospektiv studie Randomiserad kontrollgrupp Bortfallsanalys utförd ANOVA Korrulerad T-test	Symtomskattning Validitet/reliabilitet (ref.)	Både social funktionsträning och miljö- behandling reducerar symptom men speciellt funktionsträning minskar de negativa symtomen	Medel (II)
Hellén m fl (1995) Sverige	n=29 (20 vårdare och 9 patienter i sluten vård)	K Kvalitativ metod, bandade och utskrivna intervjuer, fenomenologisk- hermeneutisk design	Djupintervju	Patienten tycks inte ha någon klar bild av sig själv. Upplevelser av ensamhet och överklighet dominerar.	Hög (I)

Tabell 5. Forts.

Författare år och land	Undersöknings- personer	Studiedesign	Instrument	Resultat	Kvalitet
Kennedy m fl (1994) USA	n=25 (patienter i sluten vård)	K Kvalitativ metod, bandade och utskrivna intervjuer, innehållsanalys	Halvstrukturerad intervju, journaltexter	Resultatet av isolering som behandlingsform är tveksamt. Patienten använder sin tid under isoleringen till att hallucinera.	Medel (II)
Li & Wang (1994) Kina	n=52 bortfall=12 (patienter i sluten vård)	C Prospektiv, randomiserad, kontrollerad studie Bortfallsanalys utförd T-test, P-värde	Symtomskattning Validitet/reliabilitet (ref.)	Både funktionsträning med uppmuntran och belöning samt aktivitetsterapi har effekt på symtom. Funktionsträning ger markant förbättring av speciellt negativa symtom	Hög (I)
Pejlert m fl (1995) Sverige	n=10 (patienter i sluten vård)	K Kvalitativ metod, bandade och utskrivna intervjuer, fenomenologisk- hermeneutisk design	Djupintervju	Patienten upplever känslor av svår trötthet liksom svårigheter i kontakten med andra personer.	Medel (II)
Tang m fl (1994) Kina	n=76 (patienter i sluten vård)	P Prospektiv studie Randomiserad kontrollgrupp Chi-två, T-test, multipel regressionsanalys	Symtomskattning Funktionskattning Sovschema Validitet/reliabilitet (ref.)	Musikterapi har effekt på negativa symtom	Medel (II)

Tabell 6. Översikt av studier som redovisar omvårdnad vid läkemedelsadministrering med neuroleptika.

Författare år och land	Undersöknings- personer	Studiedesign	Instrument	Resultat	Kvalitet
Bunn m fl (1997) Canada	n=96 bortfall=2 (patienter i öppen vård)	P Prospektiv studie, intervention: information kring "risknyttan" av depåinjektionsbehandling (mätning före-under-efter intervention). Chi-två med korrelation, Mann- Whitney Bortfallsanalys saknas	Beslutsfattningsskalor (beslutskonflikt, själv- ständighet vid beslut och känslomässig kontroll vid beslut) Validitet/reliabilitet (ref.)	Patientens förväntning på behandlingen har en avgörande betydelse för attityd till behandling med depåinjektioner.	Medel (II)
DeNiro (1994) USA	n=20 (patienter i sluten vård)	K Kvalitativ metod, bandade och utskrivna intervjuer, innehållsanalys	Halvstrukturerade intervjuer	Trots att patienten uppvisar objektiv behandlingsförbättring av läkemedels- behandling är han/hon ambivalent till behandlingen.	Medel (II)
Grace m fl (1996) USA	n=31 bortfall=9 (patienter i öppen vård)	P Prospektiv studie, 3-årig inter- vention: läkemedel (Klozapin) och stömgrupp i symtomutbildning (mätning före samt efter 1, 2 och 3 års intervention) MANOVA Bortfallsanalys utförd	Neuropsykologisk testning, skattning av biverkningar, symtomskattnings- skalor Validitet/reliabilitet (ref.)	Läkemedelsbehandling i kombination med psykosocial behandling enskilt eller i grupp har positiv effekt på både negativa och positiva symptom.	Medel (II)
Kirkpatrick m fl (1997) USA	n=15 (sluten och öppen vård, vårdpersonal)	K Kvalitativ metod, bandade och utskrivna intervjuer, innehållsanalys	Öppen intervju	Symtomkontroll, tack vare adekvat medicinering, har central betydelse för patientens upplevelse av hopp.	Medel (II)
MacPherson m fl (1997) England	n=54 (patienter i öppen vård)	P Prospektiv studie Kendal's tau, P-värde, ANOVA	Symtomskattnings- skalor, kognitiv funktionskattning, Skattning av insikt Validitet/reliabilitet (ref.)	Läkemedelsvägran hänger ihop med patientens bristande insikt och kunskap om sjukdomen.	Medel (II)

Tabell 6. Forts.

Författare år och land	Undersöknings- personer	Studiedesign	Instrument	Resultat	Kvalitet
McAllister, Chatterton (1997) Australien	n=10 (patienter i sluten vård)	K Kvalitativ metod, bandade och utskrivna intervjuer, grounded theorydesign	Halvstrukturerad intervju Journaltexter	Patientens subjektiva förbättring stämmer inte alltid med personalens syn på objektiv förbättring.	Medel (II)
McCann m fl (1996) England	n=17 (sluten vård, närstående)	K Kvalitativ metod, intervjuprotokoll, bandade intervjuer, innehållsanalys	Halvstrukturerad intervju Interbedömarreliabilitet (Kendall's koefficient)	Anhöriga har ett stort behov av kunskap kring effekterna av läkemedelsvården.	Medel (II)
Stebbin (1995) USA	n=16 (familjer till personer i öppen vård)	K Kvalitativ metod, bandinspelad intervju, analys av innehåll, dubbel kodning interbedömarreliabilitet	Halvstrukturerad intervju	Anhöriga är positiva till läkemedelsbehandling men uttalar ett behov av utbildning i ämnet samt bättre samverkan med vårdgivaren.	Medel (II)
Tang m fl (1994) Kina	n=76 (patienter i sluten vård)	P Prospektiv studie med randomiserad kontrollgrupp, 38 personer i varje grupp Chi-två, T-test, multipelregressionsanalys	Symtomskattnings- skalor, Funktions- skattningsskalor, Sovschema Validitet/reliabilitet (ref.)	Kombinationen läkemedelsbehandling och gruppkärlighet har en positiv inverkan på negativa symptom.	Medel (II)
Velligan m fl (1996) USA	n=40 (patienter i sluten vård)	P Prospektiv kontrollerad studie, intervention: kognitiv anpassnings- träning, 20 personer i varje grupp Chi-två, P-värde,	Symtomskattnings- skalor, funktions- skattningsskalor, Kognitiva test Validitet/reliabilitet (ref.)	Social träning i kombination med läkemedels- behandling kan kompensera kognitiva brister hos patienten.	Medel (II)

Tabell 7. Studier som redovisar omvårdnadsåtgärder vid funktionsträning.

Författare år och land	Undersöknings- personer	Studiedesign	Instrument	Resultat	Kvalitet
Bradshaw (1993) USA	n=16 bortfall=2 (patienter i öppen vård)	P Prospektiv studie Randomiserad kontrollgrupp Bortfallsanalys ej utförd Mann-Whitney	Mål/funktionskattning Validitet/reliabilitet (ref.) Antal och längd på sjukhusvård	Både copingträning och problemlösning för- bättrar patienten och minskar återinsjuknande. Men copingträning ger bättre stresshantering och målinriktning.	Medel (II)
Brown m fl (1993) USA	n=29 (patienter i sluten vård)	P Prospektiv studie Kvasiexperimentell kontrollgrupp Multivariansanalys	Symtomskattning före undersökning Psycoko- metrisk test Funktions- skattning Validitet/ reliabilitet (ref.)	Både uppmärksamhetsträning och arbets- terapi ger förbättrade funktioner. Strukturerad, konkret och visuell behandling är mest effektiv vid uppmärksamhetsbrister.	Medel (II)
Dobson m fl (1995) Canada	n=45 bortfall=17 (patienter i öppen vård)	P Prospektiv studie Randomiserad kontrollgrupp Bortfallsanalys utförd ANOVA Korrelerad T-test	Symtomskattning Validitet/reliabilitet (ref.)	Både social funktionsträning och miljö- behandling reducerade symtomen men speciell funktionsträningen minskar de negativa symtomen.	Medel (II)
Liberman m fl (1993) USA	44 referenser anges	L Litteraturstudie, uppgift om sökings- och granskningsdesign saknas	Protokoll, uppgift saknas	Ett strukturerat utbildnings- och tränings- program ger ökad egenvårdsförmåga och bättre funktioner.	-
Li & Wang (1994) Kina	n=52 bortfall=12 (patienter i sluten vård)	C Prospektiv, randomiserad kontrollerad studie. Bortfallsanalys utförd T-test, P-värde	Symtomskattning Validitet/reliabilitet (ref.)	Både funktionsträning med uppmuntran och belöning samt aktivitetsterapi har effekt på symtom. Funktionsträning ger markant förbättring av speciellt negativa symtom.	Hög (I)
Velligan m fl (1996) USA	n=40 (patienter i sluten vård)	P Prospektiv, kontrollerad studie Chi-två, P-värde	Symtomskattning Funktionskattning Kognitiva test Validitet/reliabilitet (ref.)	Både kognitiv träning med miljöanpassning och psykosocial träning förbättrar symtom och funktioner. Kognitiv träning ger förbättring av adaptiva funktioner.	Medel (II)

Tabell 8. Översikt av studier som undersökt relationen mellan vårdtagare och vårdgivare.

Författare år och land	Undersökningspersoner	Studiedesign	Instrument	Resultat	Kvalitet
Buchanan (1995)	67 referenser anges.	L Litteraturstudie, söknings- och granskningsdesign anges inte	Protokoll saknas	I relationen vårdtagare – vårdare betonas vikten av flexibilitet från vårdarens sida.	–
Finnema m fl (1996) Holland	n=98 bortfall=17 (29 vårdare och 52 patienter i slutna vård)	P Prospektiv studie, intervention: utbildning av sjuksköterskor 7 dagar med uppföljning efter 2 månader (mätning före och efter samt efter 17 månader). Bandade "5 minuters tal" ANOVA, Kruskal Wallis, Chi-två Bortfallsanalys utförd	Social funktionsförmåga, skattningsskala, EE-skattningsskala, avdelningsregler, skattning, "5 min. tal" metod Validitet/reliabilitet (ref.)	Utbildning tycks inte påverka vårdarnas EE-attityd.	Medel (II)
Hellzén m fl (1995) Sverige	n=19 (20 vårdare och 9 patienter i slutna vård)	K Kvalitativ metod, bandade och utskrivna intervjuer, fenomenologisk-hermeneutisk design	Djupintervju	Ett samband tycks finnas mellan vårdarnas syn på patienten och deras uppfattning av vårdens innehåll.	Hög (I)
Kirkpatrick m fl (1994) USA	n=15 (slutna och öppna vård, vårdpersonal)	K Kvalitativ metod, bandade och utskrivna intervjuer, innehållsanalys	Öppen intervju	Förmedling av hopp tycks vara något centralt i relationen vårdare – vårdtagare.	Medel (II)
McAllister, Chatterton (1996) Australien	n=10 (patienter i slutna vård)	K Kvalitativ metod, bandade och utskrivna intervjuer, grounded theory design	Halvstrukturerad intervju	Patienten tycks kunna sätta ord på sina upplevelser och önskningsom framtiden.	Medel (II)
Pejlert m fl (1995) Sverige	n=10 (patienter i slutna vård)	K Kvalitativ metod, bandade och utskrivna intervjuer, fenomenologisk-hermeneutisk design	Djupintervju	Det finns skillnader i uppskattningen mellan vårdtagarens ideala bild av vårdaren och hur den verkliga vårdaren faktiskt är enligt vårdtagaren.	Medel (II)

Tabell 9. Studier som undersökt vårdmiljöns betydelse i omvårdnadsarbetet.

Författare år och land	Undersöknings- personer	Studiedesign	Instrument	Resultat	Kvalitet
Dean m fl (1993) England	n=24 (patienter i sluten vård)	P Prospektiv studie Cochrane Q-, Wilcoxon -, Mann-Whitney test	Hjärnskadetest Depressionskattning ADL- skattning Tillfredsställelse Validitet/reliabilitet (ref.)	Flyttning från sjukhus till vårdhem/grupp- boende förbättrar kognitiva funktioner och ADL-förmågor	Medel (II)
Hornstra m fl (1993) USA	n=224 (patienter i öppen vård)	Retrospektiv studie med kontrollgrupp	Vårdmängd och typ, antal och längd på sjukhusvård	Patienter i case managementprogram erhöll markant mer vård och hade lika mycket sjukhusvård som kontrollgruppen	-
Liberman m fl (1993) USA	44 referenser anges	L Litteraturstudie, uppgift om söknings- och gransknings design saknas	Protokoll, uppgift saknas	Ett strukturerat utbildnings- och tränings program ger ökad egenvårdsförmåga och bättre funktioner	Medel (II)
Melle m fl (1996) Norge	n=91 (patienter i sluten vård)	R Retrospektiv studie Mätning före (n=40) och efter (n=51) omorganisation, varav 9 vårdas båda ggr Mann- Whitney U, Wilcoxon, multipel regressionsanalys	Journalanteckningar Symtomskattning Funktionskattning Validitet/reliabilitet (ref.)	Efter omorganisation med lugnare vårdmiljö, mer strukturerad och individuell vård; kortare vårdtider med bibehållen funktionsnivå. De svårast sjuka fortfarande långa vårdtider och ökat medicinintag	Medel (II)
Muljen m fl (1994) England	n=82 bortfall=24 (patienter i öppen vård och närstående)	C Prospektiv, randomiserad kontrollerad studie Bortfallsanalys utförd Two-tailed T-test	Symtomskattning Funktionskattning Tillfredsställelse Validitet/reliabilitet (ref.) Mängd sjukhusvård	Case-managementliknande vård ökar vård- insatserna men ingen skillnad märks i symtom, funktionsnivå, nya sjukhusinläggningar eller tillfredsställelse i jämförelse med vanlig öppenvård	Hög (II)
Velligan m fl (1996) USA	n=40 (patienter i sluten vård)	P Prospektiv studie Kontrollerad studie Chi-två, P-värde	Symtomskattning Funktionskattning Kognitiva test Validitet/reliabilitet (ref.)	Både kognitiv träning med miljöanpassning och psykosocial träning förbättrar symtom och funktioner. Kognitiv träning ger störst förbättring av adaptiva funktioner	Medel (I)

Tabell 10. Översikt av studier som undersökt personalens attityder och synsätt.

Författare år och land	Undersöknings- personer	Studiedesign	Instrument	Resultat	Kvalitet
Brooker m fl (1994) England	n=41 (öppen vård, familjer) Exp. grupp n=23 Kontrollgrupp n=18 Bortfall n=7	P Prospektiv, intervention: Sjuksköterskor utbildas Exp- och kontrollgrupp, bortfallsanalys Mätning före, 6 och 12 månader. Mann-Whitney, Chi-kvadrat, Friedmans.	Social funktionsförmåga, skattningsskala Hälsa, kunskap om schizofreni, konsumtens upp- fattning om service, frågeformulär Validitet/reliabilitet (ref.)	I undersökningsgruppen förbättrades såväl positiva som negativa symtom och vård- tagarnas tillfredsställelse med vård/service ökade, vilket ej var fallet i kontrollgruppen. I båda grupperna minskade antalet vård dagar markant.	Hög (I)
Finnema m fl (1996) Holland	n=98 (29 sjuksköterskor 52 patienter, sluten vård) Bortfall n=17	P Prospektiv, intervention: Utbildning, sjuksköterskor 7 dagar med uppföljning efter 2 månader. Mätning före, efter och efter 17 månader. Bandade "5-min tal" ANOVA, Kruskal Wallis, Chi-kvadrat. Bortfallsanalys utförd.	Social funktionsförmåga, skattningsskala. Avelningsregler, skattning EE skattnings- skala "5 min tal" -metod. Validitet/reliabilitet (ref.)	Sjuksköterskornas kunskap förbättrades av utbildning, men det resulterade ej i lägre EE-nivå. Positivt resultat av utbildningen var att det blev färre regler på avdelningen.	Medel (II)
Gable m fl (1994) England	n=12 (öppen vård, sjuksköterskor)	P Prospektiv, intervention: Utbildning, sjuksköterskor Mätning före, 3 och 9 månader. T-test, P-värde.	Kunskaper om/attityder till schizofreni, familje- arbete, frågeformulär. Validitet/reliabilitet (ref.)	Utbildning förbättrade sjuksköterskornas kunskaper och de fick förändrade attityder till schizofreni.	Medel (II)
Kirkpatrick m fl (1994) USA	n=15 (sluten och öppen vård, vårdpersonal)	K Kvalitativ metod, intervjuer, bandade och utskrivna. Innehållsanalys.	Öppen intervju.	Områden som stödjer hopp hos klienter: att bygga relationer, stödja att klienten lyckas, anknyta till rollmodeller, hanterandet av symtom, utbildning av klient och samhälle.	Medel (II)

Adresslista

Jonas Ericsson

psykiatrisjuksköterska, vice ordförande, Psykiatriska riksföreningen

Christel Glans

leg sjuksköterska, vik. universitetsadjunkt, Avd. för Omvårdnad, Hälsa och samhälle, Malmö högskola, Malmö

Lars Hansson

mentalskötare, dr. med.vet, docent, Inst. för klinisk neurovetenskap, Avd. för psykiatri, Lunds universitet

Ove Hellzén

psykiatrisjuksköterska, doktorand, Inst. för Omvårdnad. Medicinska fakulteten, Umeå universitet, högskoleadjunkt, Institutionen för vårdvetenskap, Mitthögskolan, Sundsvall

Anneth Johanson

psykiatrisjuksköterska, utredningssekreterare, Utvecklingsavdelningen, Sjukhuset, Varberg

Kim Lützén

leg sjuksköterska, dr. med.vet,

docent, Inst. för Omvårdnad, Karolinska Institutet, Stockholm

Sonia Nilsson

leg sjuksköterska, fil.mag. vårdutvecklare, FoU-enheten, psyk NÖPO, Stockholms läns landsting

Bert Palmblad

psykiatrisjuksköterska, fil.mag. utbildningsavdelningen, Psykiatri och habilitering, Örebro läns landsting

Anita Pejler

psykiatrisjuksköterska, doktorand, Inst. för Omvårdnad. Medicinska fakulteten, Umeå universitet, högskoleadjunkt, Institutionen för vårdvetenskap, Mitthögskolan, Sundsvall

Ingalill Rahm Hallberg

psykiatrisjuksköterska, dr. med.vet, professor, Centrum för Vårdvetenskap, Lunds Universitet

Ania Willman

leg sjuksköterska, fil.dr. universitetslektor, Avd. för Omvårdnad, Hälsa och samhälle, Malmö högskola, Malmö



SVENSK
SJUKSKÖTERSKE-
FÖRENING (SSF)

Östermalmsgatan 19
114 26 Stockholm
Telefon: 08-412 24 00
Fax: 08-412 24 24
Internet: www.swenurse.se
E-mail: ssf@swenurse.se

Svensk sjuksköterskeförening (SSF)

Svensk sjuksköterskeförening (SSF), som bildades 1910, är en professionell sammanslutning av landets sjuksköterskor. Som inspiratör och påverkare inom omvårdnadsområdet vill SSF medverka till att sjuksköterskor bedriver omvårdnad av högsta kvalitet.

SSF arbetar med projekt inom vissa prioriterade områden. Områdena väljs med utgångspunkt från den utveckling hälso- och sjukvården genomgår och är av strategisk karaktär. Exempel på prioriterade områden är:

- kvalitetsutveckling och kvalitetssäkring
- smärta och smärtbehandling
- vårdinformatik
- ledarskapsutveckling
- patientundervisning.

SSF genomför också konsensuskonferenser, hearings och arbetande konferenser inom olika områden. Härigenom sprids forskningsresultat och samarbetet förstärks mellan forskare och kliniskt verksamma sjuksköterskor. SSF arbetar för tvärprofessionellt samarbete.

För att utveckla en långsiktig strategi för utvecklings-, forsknings- och kvalitetsfrågor har SSF följande organ:

- Sjuksköterskornas vetenskapliga råd
- Sjuksköterskornas etiska kommitté
- Kvalitetsrådet för omvårdnad.

SSF:s Utbildningsinstitut AB är sjuksköterskornas eget utbildningsinstitut för yrkesutveckling. Här erbjuds sjuksköterskor fortbildning för sin professionella utveckling. Institutet medverkar till att omvårdnadsarbetet bedrivs utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.

SSF delar också ut bidrag och stipendier till sjuksköterskor för studier med mera. Resultaten av SSF:s mer omfattande projekt presenteras i rapportserien Omvårdnad, som ges ut i samarbete med Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut (Spri). Bland skrifterna kan nämnas:

- DySSSy – en metod för kvalitetssäkring i vården
- Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad
- Omvårdnadsforskningens möjligheter och gränser
- Neonatal omvårdnad – riktlinjer för kvalitetsutveckling.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, etablerades 1987 och var till en början knutet till Regeringskansliet. Idag är SBU en fristående myndighet. På SBU:s kansli på Tyrgatan 7 i centrala Stockholm arbetar ett tjugotal personer, men runt om i landet finns drygt 400 framstående experter som arbetar i olika SBU-projekt. Även internationellt har SBU ett brett kontaktnät.

SBU ger ut tre serier av rapporter

En SBU-rapport är ett opartiskt arbete som bygger på en kritisk genomgång av hela den vetenskapliga litteraturen inom området. Arbetet genomförs noggrant och systematiskt och tar i regel flera år.

De gula rapporterna innehåller utvärderingar av medicinska metoder med slutsatser och rekommendationer. I den vita serien presenteras aktuella kunskaper inom något område. Den tredje serien med blå omslag är SBU:s engelskspråkiga publikationer.

SBU ger också ut tidningen Vetenskap & Praxis som går som bilaga i Läkartidningen, Landstingsvärlden samt delar av Vårdfacket och som utkommer med fyra nummer per år. Tidningen har en upplaga på cirka 80 000 exemplar och presenterar aktuella utvärderingsfrågor.

SBU:s styrelse och råd

SBU:s styrelse företräder centrala organisationer inom sjukvårdssverige, exempelvis Svenska Läkaresällskapet, Sveriges Läkarförbund, Medicinska forskningsrådet, Socialstyrelsen, Svenska Kommunförbundet, Vårdförbundet och Landstingsförbundet. SBU:s råd representerar olika kunskapsområden inom hälso- och sjukvården. Styrelsen och rådet väljer ämnen för SBU:s rapporter och deltar aktivt i projektarbetet. De står dessutom alltid bakom SBU:s slutsatser och rekommendationer.

Vill du veta mer?

För ytterligare information, kontakta SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Box 5650, 114 86 Stockholm, Telefon 08-412 32 00, Fax 08-411 32 60, E-mail: info@sbu.se. Du kan också besöka vår hemsida, www.sbu.se



SBU – STATENS
BEREDNING
FÖR MEDICINSK
UTVÄRDERING

Tyrgatan 7, Box 5650
114 86 Stockholm
Telefon: 08-412 32 00
Fax: 08-411 32 60
Internet: www.sbu.se
E-mail: info@sbu.se