

Jennika Gustafsson och Ellen Sjö

Specialistsjuksköterskeprogrammet inom psykiatri, 60 hp, Institutionen för
vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKG11X, VT2020

Nivå: Avancerad nivå

Handledare: Anna Hansson

Examinator: Jeanette Westman

Schizofreni – en sjukdom som inte enbart drabbar individen

En litteraturöversikt

Schizophrenia – an illness that doesn't only effect the individual

A literature review

Sammanfattning

Bakgrund: Forskning visar att vården för patienten blir bättre om närstående är delaktiga samt att risken för återinsjuknande minskar om närstående är involverade, vilket delvis kan bero på att närstående kan stödja kontakt med vården vid tecken på försämring. Att vinna närstående och patientens förtroende är centralt för en god psykiatrisk vård.

Syfte: Syftet var att belysa upplevelsen av att vara närstående till en person med schizofreni.

Metod: Uppsatsen är en systematisk litteraturoversikt med en induktiv ansats, som bygger på tolv kvalitativa vetenskapliga artiklar. Dataanalysen gjordes enligt Polit och Becks niostegsmodell.

Resultat: Tre huvudteman framkom om upplevelsen av att vara närstående, dessa var: Kontakt med hälso- och sjukvården, emotionellt lidande och helande effekt. Åtta subteman framkom, dessa var: Bristande information, medicinsk behandling, stöd, börda, stigma, sorg, belåtenhet och religion.

Diskussion: I metoddiskussionen diskuteras vald metod och dess styrkor och svagheter, som diskuteras gentemot kvalitetsbegreppen: trovärdighet, tillförlitlighet, pålitlighet, anpassningsbarhet och överförbarhet, enligt Polit och Beck. I resultatdiskussionen diskuteras uppkomna huvudteman gentemot Katie Erikssons teori om lidande, samt även mot bakgrund och författarnas egna reflektioner.

Nyckelord: Schizofreni, närstående, upplevelse

Abstract

Background: Research shows that the care for the patient become better if the next of kin are involved in the treatment. This also helps prevent re-illness when the next of kin are involved, partly because the next of kin can support the contact with the healthcare system. Winning trust from both the patient and their next of kin are central for good care.

Aim: The aim was to shed light on the experience of being next of kin to a person with schizophrenia.

Method: This study is a literature review with an inductive approach, which is based on twelve qualitative scientific articles. The data analysis was done according to Polit and Becks nine-step model.

Results: Three main themes emerged about the experience of being next of kin, these were: Contact with healthcare, emotional suffering and healing effect. Eight sub-themes emerged, these were: Lack of information, medical treatment, support, burden, stigma, sadness, contentment and religion.

Discussion: The method discussion discusses the selected method and its strength and weaknesses, which are discussed against the quality concepts: credibility, reliability, adaptability, transferability, according to Polit and Beck. The discussion of the result discusses the main themes against Katie Eriksson's theory of suffering, as well as the background and the authors' own reflections.

Keywords: Schizophrenia, family, experience

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
SCHIZOFRENI	1
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	6
TEORETISK UTGÅNGSPUNKT	6
METOD	7
URVAL	7
DATAANALYS.....	8
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	9
RESULTAT	9
TABELL 1. TEMAN OCH SUBTEMAN	10
DISKUSSION	15
METODDISKUSSION	15
URVAL OCH DATAINSAMLING.....	15
DATAANALYS.....	16
RESULTATDISKUSSION	17
KLINISKA IMPLIKATIONER.....	21
FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING.....	21
REFERENSFÖRTECKNING	22
BILAGA 1. SÖKMATRIS	26
BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	27
BILAGA 3.	30

Inledning

Författarna till det här examensarbetet arbetar på olika enheter inom psykiatrisk öppenvård med inriktning på psykosjukdomar. En av författarna arbetar med patienter med nydebuterad psykosjukdom, vilket innebär utredning vid ung ålder hos patienten, medan den andra författaren arbetar med patienter som har fått en psykos diagnos och är i behov av livslång psykiatrisk behandling på specialistnivå. Att arbeta med patienter med psykosjukdom är givande och arbetet handlar mycket om att kunna se till en helhet, att se hela patienten för att kunna få till en allians och ett samarbete för att kunna hjälpa patienten.

Genom erfarenhet vet författarna att i mötet med en patient som lider av en psykosjukdom som till exempel schizofreni, ingår i många fall att även möta eller ha kontakt med dennes närstående. I verksamheten där båda författarna arbetar, bedrivs flertalet grupper bestående av patienter och närstående som syftar till att utbilda och ge ökad kunskap om psykosjukdom. Det beror på att enligt beprövad erfarenhet bidrar detta till en bättre vård och livssituation för patienten. Psykosjukdom hos en patient drabbar inte bara den enskilde, utan även närstående, vilket författarna till det här examensarbetet uppmärksammat i det dagliga arbetet.

Bakgrund

Enligt socialstyrelsen (2018) insjuknar cirka 1500 – 2000 människor i någon form av psykosjukdom i Sverige varje år. I Sverige finns det idag ca 30 000–40 000 människor som har schizofreni som diagnos.

Schizofreni

Psykosjukdom är en övergripande term för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som innebär en förvrängd verklighetsuppfattning hos den enskilde samt nedsatt funktion inom områden som till exempel interaktion med andra människor, förmåga att ta hand om sig själv, vardagliga sysslor eller att sköta ett arbete (WHO, 2019). Enligt WHO (2019) kännetecknas psykos som närvaro av hallucinationer, vanföreställningar, allvarliga beteendestörningar med stor överansträngning och katatona tillstånd. Det är inte fastställt av vilken anledning en människa drabbas utav schizofreni, dock finns det teorier såsom att det finns genetiska, psykologiska, neurobiologiska och sociala faktorer som kan påverka, troligtvis en kombination av dessa faktorer (Malm, Lindström & Wieselgren 2009). Det har till exempel visat sig att risken att drabbas av schizofreni är tio gånger större om en förälder eller ett

syskon lider av sjukdomen, vilket i sin tur pekar på en ärftlig komponent (Socialstyrelsen, 2018). Vid studier som har utförts med magnetkameraundersökning har diskreta skillnader i hjärnans utseende visat sig jämfört med hos människor som inte lider av sjukdomen, till exempel att hippocampus är något mindre, att sidoventriklarna är lite större och att det är en minskad mängd gråsubstans i frontal cortex (Jung, Jang, Byun, An & Known, 2010). Schizofreni är det psykiatriska tillstånd som kräver mest resurser i form av vård och behandling inom psykiatrin. Först och främst medicinsk behandling, dock även sociala insatser för ökad livskvalité (Geanellos, 2005).

Vård och behandling vid schizofreni

För patienter som har diagnosen schizofreni är medellivslängden kortare än hos resten av befolkningen. Detta är ofta till följd av att patienten får andra somatiska sjukdomar, såsom hjärt-kärlsjukdomar eller diabetes. Det kan relateras till den antipsykotiska medicineringen, eller att patienten har ett leverne som innefattar rökning, mer stillasittande och dåliga matvanor. Därför måste vården samarbeta med andra instanser som Socialtjänst för att kunna bistå med stöd i behandling och hälsofrämjande beteende samt stöd kring mathållning och fysisk aktivitet (Socialstyrelsen, 2018).

Enligt en rapport från SBU (2012) beskrivs det att behandlingen vid schizofreni handlar om att lindra de psykotiska symtomen som drabbar den enskilde patienten, vilket görs med en antipsykotisk medicinerings. Medicineringen måste innefatta vaksamhet i beaktandet av biverkningar, såväl vanliga som allvarliga, vilka ofta är dosberoende. Vikten av att patienten och även närstående känner sig delaktiga i sin vård och behandlingen har en betydande roll. Kontinuitet, kommunikation och relationen till vården är av betydelse för återhämtningen. I en studie av Laugharne, Priebe, McCabe, Garland och Clifford (2011) beskriver patienter sin upplevelse av god vård. Patienterna understryker då vikten av att vårdpersonalen ska vara mänsklig, lyhörd och betydelsen av att känna tillit gentemot varandra. Det mellanmänniska mötet står i fokus. Patienterna beskriver även en känsla av maktlöshet gentemot psykiatrikern som står för beslutet kring medicinerings.

Svenska kliniska riktlinjer (Gotheffors et al., 2010) innebär att många patienter som börjar med antipsykotisk medicinerings är unga och har inga fysiska komplikationer. Vilket gör att det är viktigt att vården arbetar med preventiva metoder för att minska risken för metabolt syndrom, vilket också är kostnadseffektivt. Personalen inom psykiatrin är ansvariga för det preventiva arbetet, där psykiatrisjuksköterskan har en nyckelroll genom att informera

patienten om risker, alla patienter som har antipsykotisk behandling ska bli erbjuden ett hälsosamtal om livsstilsvanor för att få en överblick över riskfaktorer. Psykiatrisjuksköterskan ska även varje år följa upp patientens livsstilsvanor. Patienten ska även erbjudas sluta röka behandling. Om det inte räcker med livsstilsförändringar så är det vårdens ansvar att byta läkemedel, då olika läkemedel har olika biverkningar och individanpassa behandlingen. Det är av stor vikt att personalen inom psykiatrin ser till hela patienten då denna patientgrupp ofta har uttalad oförmåga att klara sig själva och ta egna initiativ, genom att exempelvis kontakta lämplig somatisk vård vid behov.

Tvångsvård

Ibland kan en patient vara så pass försämrad att patienten tvingas till att vistas på sjukhus mot sin vilja, så kallad tvångsvård. Detta är reglerat i lagen om psykiatrisk tvångsvård och då krävs det att patienten lider av en allvarlig psykisk störning, är i behov av inneliggande psykiatrisk vård och motsätter sig vården (SFS, Lagen om psykiatrisk tvångsvård, 1991:1128). I artikeln av Johansson och Lundman (2002) beskriver patienter själva sin upplevelse av att vårdas under tvång. Patienterna i studien berättar om känslan av att känna sig hjälplösa i situationen. Patienter belyser en känsla av att förlora sin autonomi, exempelvis kring medicinering, om fallet är att patienten inte vill ha medicinering men blir ändå tvingad till medicinering (Johansson & Lundman, 2002). En patient under tvångsvård kan ha svårt att själv vara delaktig i sin vård i det akuta skedet, då har närstående en viktig roll i planeringen kring patienten och dennes vård. Att tillsammans göra upp en planering med närstående och patient kan uppmuntra patientens delaktighet i vården och öka patientens känsla av autonomi (Andreasson & Skärsäter, 2012).

Sjuksköterskans ansvarsområde

För att som sjuksköterska arbeta hälsofrämjande innebär det att beakta hela patientens livssituation, som till exempel sociala sammanhang, familj, fritid och arbete (Jormfeldt & Svedberg, 2010). Sjuksköterskan ska främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. I yrkesrollen som sjuksköterska ska vård erbjudas både till patienten och även dess närstående. Det dagliga arbetet som sjuksköterska ska göras med en humanistisk människosyn och värdegrund (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Om behandlingen brister kan det resultera i ett långt lidande för patienten med stor risk för isolering och även suicid, vilket gör sjuksköterskans roll central i omvårdnadsarbetet (Gotheffors et al., 2010). Det är av

stor vikt att sjuksköterskan får patientens och dennes närståendes förtroende, genom att lära känna dem, visa engagemang och respekt, för att försäkra god vård för patienten (Kertchok, Yunibhand & Chaiyawat, 2011). Genom att lära känna patienten och de närstående kan sjuksköterskan lära närstående att uppmärksamma varningssignaler som kan uppstå om patienten är på väg att bli sämre, till exempel ökad misstänksamhet, ångest eller förändrat sovmönster. Genom att närstående får mer kunskap om tidiga varningssignaler kan de också larma i tidigt skede till vården och på detta vis undvika att ett akut psykotiskt tillstånd utvecklas (van Meijel, van der Gaag, Kahn Sylvain & Grypdonck, 2004).

Psykiatrisjuksköterskans roll

I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård står beskrivet att arbetet med den psykiatriska patienten ska ses ur ett helhetsperspektiv med fokus på livsförhållanden och levnadsvillkor som förbättrar patientens hälsa. I relationen med patient och närstående har psykiatrisjuksköterskan en central roll i att belysa omvårdnadsaspekter som kan vara svåra att mäta och definiera (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014).

I en studie av Björkman, Angelman och Jönsson (2008) framkommer skillnader i attityden gentemot patienten med schizofreni mellan psykiatrisjuksköterskan och den grundutbildade sjuksköterskan inom den somatiska vården. Det visade sig att psykiatrisjuksköterskan upplevde patienten som mindre hotfull och oberäknelig samt hade ett mer respektfullt bemötande. Den grundutbildade sjuksköterskan upplevde att patienten med schizofreni var svår att bemöta och samtala med. Psykiatrisjuksköterskan hade mer erfarenhet av att bemöta dessa patienter och på så vis hade de inte lika negativ attityd gentemot patienten, jämfört med den grundutbildade sjuksköterskan. Den grundutbildade sjuksköterskan hade i många fall samma stigmatiserande och diskriminerande attityd som allmänheten utan någon vårdutbildning hade, det visade sig att högre utbildning, som specialistsjuksköterskeutbildningen inom psykiatri minskade dessa attityder.

Närståendes delaktighet i vården

Definitionen av närstående är en person som patienten själv anser sig ha en nära relation till, till skillnad från begreppet anhörig som är någon i familjen eller släkten (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Närstående kan ha en betydelsefull roll för patienten, då närstående kan vara en trygghet som kan bidra med ett inre lugn, vilket i sin tur kan vara en tillgång för vården (Ylikangas, 2012).

Enligt SFS, patientsäkerhetslagen (2010:659) har personal inom hälso- och sjukvård ansvar och skyldighet att informera patient och närstående om vård och behandling.

Forskning visar att effekten av patientens behandling förbättrats när närstående får vägledning, information och stöd från sjukvården (Dixon et al., 2001). Som exempel stödjer forskningen att patienter får en bättre följsamhet till medicinering med depot injektioner om patienten har en god relation till sjuksköterskan och om dennes närstående är positivt inställda till medicinering (Phillips & McCann, 2007). Forskning visar att när patienten delar sin upplevelse och involverar sina närstående i behandling av sjukdomen minskar risken för återinsjuknande. Detta är relaterat till att få en ökad självacceptans och en förmåga att uttrycka sina känslor samt även en förståelse om sjukdomen av sina närstående. Detta leder till en mer effektiv återhämtning (Allen, Burbach & Reibstein, 2013). I forskningen poängteras vikten av de närstående och genom att involvera de närstående i vården så hjälper vi även patienten (Lippi, 2016). På grund av att patienter med schizofreni under perioder är beroende av sina närstående är relationen mellan vårdpersonal och närstående viktig för patientens återhämtning. Vårdpersonal belyser att vikten av sociala kontakter och stöd från omgivningen är betydelsefull för patientens frånvaro av symtom och inte enbart medicinsk behandling (SBU, 2012).

Definition av upplevelse

Upplevelse definieras som en uppfattning hos en enskild berörd person som värderas på ett känslomässigt plan och inte rationellt tänkande för att sedan bilda sig en egen åsikt.

Upplevelse är en oanalyserbar och svårbeskriven känsla (Nationalencyklopedin, 2020).

Upplevelse beskrivs och används i det här arbetet för att inte orsaka begreppsförvirring.

Problemformulering

Det står skrivet i patientsäkerhetslagen att personal som arbetar inom hälso- och sjukvården ska ge både patient och även deras närstående information kring behandlingen och vården samt genom detta främja delaktigheten. Om sjukvårdpersonal har tillräcklig kännedom angående närståendes upplevelser och önskemål kring vården av patienten kan omvårdnaden bli mer effektiv. Vilket kan bidra till bättre behandling för patienten genom att närstående är delaktiga i vården.

För att sjukvårdspersonal ska kunna ge god vård och stöd till patienter med schizofreni innebär det även att kunna erbjuda stöd till närstående. För att det ska kunna genomföras behövs en förståelse för hur patientens sjukdom kan påverka de närstående.

Syfte

Syftet var att belysa upplevelsen av att vara närstående till en person med schizofreni.

Teoretisk utgångspunkt

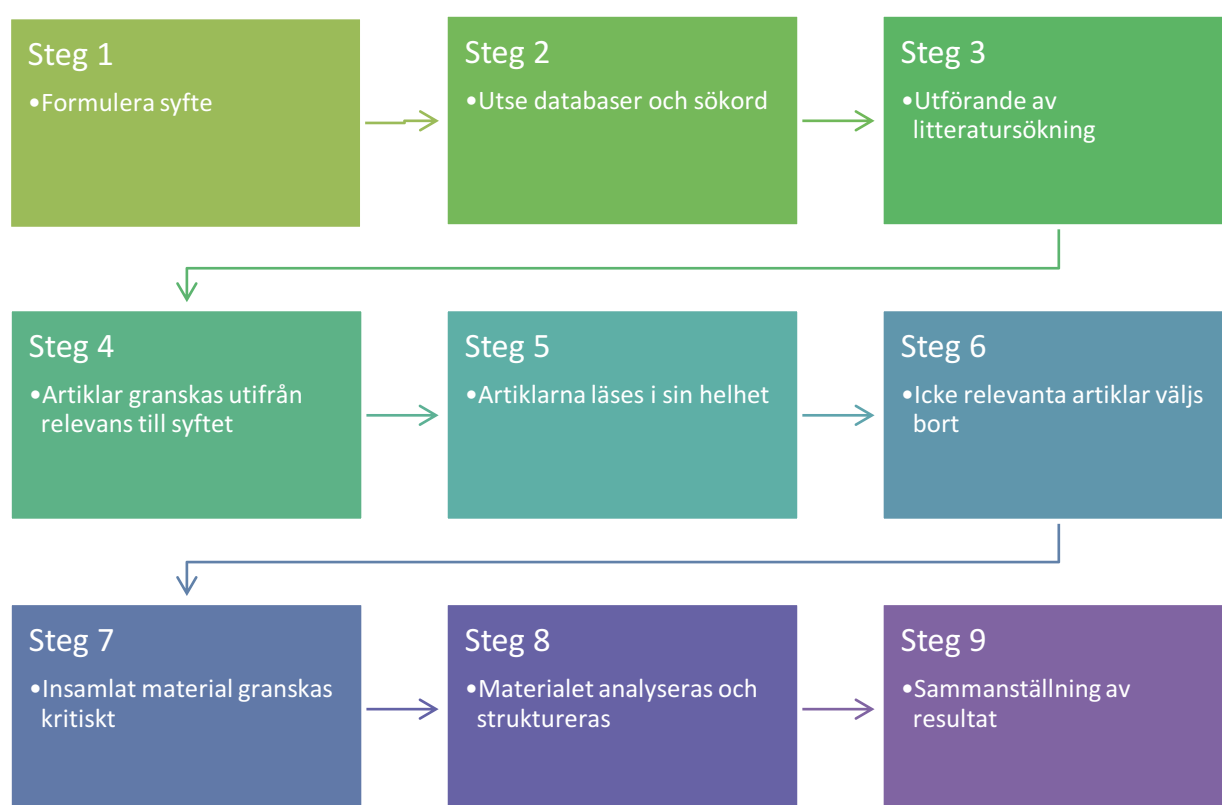
Den teoretiska utgångspunkten som används i detta examensarbetet är Katie Erikssons teori om lidande. Katie Eriksson definierar ordet lidande som något obehagligt som en människa utstår eller uthärdar. Lidande är något negativt och/eller ont som människan måste leva och kämpa med (Eriksson & Herberts, 1993). Katie Eriksson (1994) delar in lidandet i tre former: livslidande, sjukdomslidande och vårdlidande. Om människan inte kan ändra på omständigheterna i en specifik situation måste människan ändra inställning till omständigheterna för att erhålla ny insikt eller ett nytt perspektiv. Inställningen till omständigheterna förändras genom tro, hopp och kärlek, tron har en central roll hos den andliga människan, spiritualiteten belyser Katie Eriksson i sin teori. För att bli en hel människa krävs det att lidandet möts och inte förnekas. Detta resulterar i att lidandet får en mening. För att kunna uppnå konklusion kring lidandet genomgår människan det som är beskrivet som tre akter i lidandets drama. Dessa tre akter är att få lidandet bekräftat av en medmänniska som validerar lidandet genom att visa sin närvaro. Sedan behöver människan utrymme att lida i tid och rum, detta innebär att pendla mellan lidande och lust samt hopp och hopplöshet, det är viktigt att känna gemenskap även i sin ensamhet. Katie Eriksson (1994) beskriver lidandet som en inneboende kamp i människan mellan gott och ont samt lust och lidande. Lusten får människan motiverad till att tampas mot ondo och är således en källa till kraft. Den tredje akten är det lyckliga slutet, att försonas i lidandet, som i sin tur betyder att finna ett nytt liv. En ny meningsfullhet skapas.

Teorin har valts ut för att den belyser den enskilda människans lidande och således kan appliceras på närstående. Den teoretiska utgångspunkten kommer eventuellt att implementeras i resultatdiskussionen. Den teoretiska utgångspunkten kommer användas för att diskutera resultatet mot utgångspunkten i resultatdiskussionen.

Metod

Författarna har valt att göra en kvalitativ, litteraturöversikt med induktiv ansats, vilket innebär att tidigare forskning analyseras och som sedan utformar resultatet (Polit & Beck, 2016).

Litteraturöversikt innebär att en sammanfattning skapas av den vetenskap som redan finns inom ett specifikt område (Polit & Beck, 2016). Att välja kvalitativa studier görs för att få en ökad förståelse för personen i fråga och dennes livssituation (Polit & Beck, 2016). Författarna till föreliggande arbete har utgått från Polit och Becks (2016) nio steg i utformandet av i denna litteraturöversikt.



Figur 1. Polit och Becks (2016) niostegsmodell.

Urval

Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara av kvalitativ design. Anledningen till att enbart välja artiklar med kvalitativ design var för att syftet i litteraturöversikten var att beskriva närståendes upplevelser. Forskning som handlar om personliga erfarenheter och upplevelser utförs ofta med kvalitativ design (Polit & Beck, 2016). Andra inklusionskriterier

för valda artiklar var att de skulle vara vetenskapliga originalartiklar, publicerade senaste 10 åren, vara etiskt granskade, skrivna på engelska och vara peer-reviewed. Att använda peer-reviewed som inklusionskriterie görs för att säkerställa att artiklarna är vetenskapligt granskade (Polit & Beck, 2016).

Exklusionskriterier var kvantitativa, de som inte var vetenskapliga originalartiklar, publicerade före 2010, inte var peer-reviewed, ej etiskt granskade och skrivna på andra språk än engelska.

Datainsamling

Författarna valde att söka artiklar i databaserna CINAHL complete, PsycInfo och PubMed.

Enligt Polit och Beck (2016) är dessa databaser lämpliga inom omvårdnadsforskning.

Sökorden som användes i databaserna var schizophrenia, family, experience. Författarna använde både fritextord och ämnesord utifrån MESH-termer, fritextordet var experience och ämnesorden var schizophrenia och family (Polit & Beck, 2016). Författarna har kombinerat sökorden genom att använda den booleska sökoperatören AND, det är en så kallad boolesk sök teknik som syftar till att visa hur de utvalda sökorden kan kombineras. Genom att använda AND resulterar det i att alla sökord som kombinerats finns med och att en begränsning görs för att minska ner antal träffar eller liknande. I boolesk sök teknik kan också de booleska sökoperatörerna OR eller NOT användas (Polit & Beck, 2016). Författarna använde endast AND för att inga av sökorden skulle exkluderas och alla sökord var av relevans för att svara på syftet. Resultatet av artikelsökningen redovisas i en sökmatrix, se bilaga 1. Artiklar valdes ut för ett första urval enligt Polit och Becks (2016) niostegsmodell (se figur 1), detta resulterade i sammanlagt 110 artiklar som eventuellt kunde svara mot litteraturöversiktens syfte, dessa abstract lästes. Därefter genomfördes en granskning och artiklar som ej svarade till syftet sållades bort och sedan lästes sammanlagt 16 stycken artiklar i sin helhet. Efter att författarna läst de 16 artiklarna i sin helhet sållades fyra stycken av artiklarna bort då de ej var relevanta för syftet.

Dataanalys

Författarna har utgått efter de tre sista stegen i Polit och Becks (2016) niostegsmodell (se Figur 1) när dataanalysen genomfördes. Författarna använde sig av SBU:s granskningsmall, se bilaga 3, för att säkerställa att artiklarnas kvalitet (SBU, 2014). Författarna har enskilt läst alla artiklar och sedan bedömt kvalitén tillsammans. För att kunna fastställa tillförlitligheten används kvalitetskriterierna trovärdighet, tillförlitlighet, pålitlighet, anpassningsbarhet och

överförbarhet (Polit & Beck, 2016). Resultatet som framkom i artiklarna analyserades och strukturerades enligt steg 8 i Polit och Becks (2016) niostegsmodell. Meningsbärande enheter sammanfattades i alla artiklar utan att innehållet ändrades. Efter det sammanställdes likheter och olikheter i de meningsbärande enheterna. Likheter som fanns utformade därefter teman som fick utgöra innehållet, material som var onödigt togs bort. Temana sammanställdes slutligen till ett färre antal teman som svarade till syftet. Dessa teman utgjorde resultatet enligt steg nio i Polit och Becks (2016) niostegsmodell (se Figur 1). Författarna satt tillsammans för att minimera risken att teman och subteman som uppkom inte skulle feltolkas. Post it lappar med olika färger användes för att tydligt kunna strukturera resultatets teman och subteman.

Forskningsetiska överväganden

De artiklarna som valdes ut till examensarbetet var etiskt godkända. All information som framkommer i artiklarna som svarar på syftet har inkluderats och inte valts bort för att det inte ska leda till ett förutbestämt och felaktigt analysresultat. Två författare har läst artiklarna i sin helhet vilket bidrar till kvalitetssäkring. Författarna valde att välja artiklar till resultatet som alla kan få ta del av, inga av de valda artiklarna har författarna behövt betala för utan alla finns att tillgå i valda databaserna, detta i enlighet med Vetenskapsrådets riktlinjer (2017). En litteraturstudie ska vara transparent, läsaren ska kunna förstå tillvägagångssättet. Under arbetets gång har Vetenskapsrådets riktlinjer för redligt förfarande följts, alltså att det inte funnits något uppsåt hos författarna att förfalska eller plagiera vetenskapliga data och resultat. Genom att alla artiklar i resultatet var granskade (peer-reviewed) kan forskningens tillförlitlighet säkerställas (Codex, 2020).

Författarna har under arbetet med denna litteraturöversikt reflekterat kring vår egen förförståelse och vi har använt oss av ett ordlexikon för att undvika missförstånd och inkorrekta översättningar då artiklarna är skrivna på engelska och det är inte författarnas modersmål.

Resultat

Resultatet baseras på tolv vetenskapliga artiklar, från Brasilien, Vitryssland, USA, Tyskland, Nya Zeeland, Japan, Uganda, Korea och Kanada. Resultatet presenteras i tre teman och åtta subteman som framkom under dataanalysen, se tabell 1. Studierna bygger på upplevelser av närstående. Alla artiklar är kvalitativa förutom en artikel som hade en mixad metod, där endast den kvalitativa delen har använts i litteraturöversikten. Teman och subteman har

identifierats utifrån Polit och Becks (2016) niostegsmodell (se Figur 1). Detta gjordes i steg 8 när resultatet analyserades och sedan strukturerades, och enligt steg 9 sammanställdes till ett resultat (tabell 1).

Tabell 1. Huvudteman med tillhörande subteman

Kontakt med hälso-och sjukvården	Emotionellt lidande	Helande effekt
<ul style="list-style-type: none"> • Bristande information • Medicinsk behandling • Stöd 	<ul style="list-style-type: none"> • Börda • Stigma • Sorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Belåtenhet • Religion

Kontakt med hälso- och sjukvården

Temat redogör för närståendes upplevelse av kontakt och kommunikation med personal i hälso- och sjukvården. Det framkom brister i stöd och information samt svårigheter kring medicinsk behandling.

Bristande information

Flertalet artiklar beskrev svårigheter i förståelsen kring sjukdomen och sjukdomsförloppet (Kardoff, Soltaninejad, Kamali, & Shahrabaki, 2016; Krupchanka, Kruk, Sartorius, Davey, Winkler, & Murray, 2017; Bellini, Cunha, Cardoso da Silva, & Giacon, 2016; Mizuno, Takataya, Kamizawa, Sakai, & Yamazaki, 2013). I artikeln av Park och Lee (2017) beskriver de närstående att de kände sig hjälplösa och frustrerade på grund av bristande förståelse för symtom och beteende. Liknande resultat framkom i Mizuno et al (2013) då det beskrevs som förvirrande och främmande att inte veta hur sjukdomen kommer att fortlöpa. Studier visade att det var viktigt att anhöriga fick information av hälso-och sjukvården. Närstående upplevde att de inte hade fått information om diagnosen av hälso- och sjukvårdspersonal vid debuten av sjukdomen och det var orsaken till okunskap (Kardoff et al, 2016; Krupchanka et al, 2017; Bellini et al, 2016; Landon, Pike, Diesfeld & Shepherd 2016). Några närstående beskriver vidare i Bellini et al (2016) att de hade fått information om diagnosen vid första vårdkontakten av hälso- och sjukvårdspersonal och trots det förstod de inte diagnosen och var omedvetna om problemen som sjukdomen kan medföra. I Landon, et al. (2016) berättade

närstående om vikten av att få information för att bättre kunna hantera och acceptera situationen och på så sätt hitta hanteringsstrategier för att möta utmaningar. Det bidrog även till större förståelse och möjlighet att känna empati.

Medicinsk behandling

Närstående vittnade om problem kring medicineringen och följsamheten till medicineringen, när patienterna slutar medicinera och blir försämrade skapade detta oro hos de närstående (Kardoff et al, 2016; Bellini et al, 2016; White & Unruh, 2013). Något som också var svårt för närstående var att se hur biverkningar av medicinering påverkade deras närstående med schizofreni (Olwit, Musisi, Leshabari & Sanyu, 2015; Landon et al, 2016). I artikeln av Landon et al (2016) beskrev en mamma hur hon fick kämpa för att bli hörsammad kring biverkningarna och en önskan om att få byta medicinering till ett nyare preparat med mindre biverkningar. När tillslut psykiatrikern bytte medicinering var det sådan stor skillnad, som att personen hade varit i koma och sedan vaknade till liv igen. Olwit et al (2015) och Landon et al (2016) beskrev närstående att de upplevde att medicinen var det viktigaste som hälso-och sjukvården bidrog med till patienten, vissa beskrev även att medicinen var det enda som de fick hjälp med, då närstående ansåg att det var brist av helhets behandling, som brist på rådgivning, stöd och stöd i hemmet. I Bellini et al (2016) tar närstående upp att medicineringen är dyr och på så sätt en ekonomisk börda, vilket har stor betydelse då patienten inte ansåg sig vara sjuk och inte tog medicinen. En del närstående i Landon et al (2016) uppgav frustration över sekretessen gällande patienten från hälso- och sjukvården. De visste inte vilken medicinering som patienten hade eller om patienten överhuvudtaget tog någon medicin.

Stöd

Flertalet studier visade på att närstående upplever bristande stöd från hälso- och sjukvården (Hsiao & Tsai, 2014; Kardorff et al, 2016; Krupchanka et al, 2017; Landon et al, 2016; Mizuno et al, 2013; Olwit et al, 2014). Engagemang och stöd från sjuksköterskor och annan vårdpersonal var av stor vikt för att hjälpa närstående för att förbättra deras förståelse om kraven för att tillhandahålla värdefull information och guidning om sjukdomsförloppet för att utveckla hanteringsstrategier. Genom att tillhandahålla psykosociala interventioner med närstående och patienten ledde det till att de närstående kände stöttning från hälso- och sjukvården. Det var viktigt att se närstående och patient som en enhet för att bekräfta bådas

perspektiv för att tillfredsställa deras behov och främja individuell anpassning (Hsiao & Tsai, 2014). I Landon et al (2016) framkom det att närstående att den psykosociala interventionen som fanns att tillgå där de träffade andra närstående var till stor hjälp då de kände stöd av varandra och detta ledde till lättnad. I den gruppen var det en icke dömande atmosfär vilket ledde till att de kunde dela sina erfarenheter. I Kardorff et al (2016), Mizuno et al (2013) och Krupchanka et al (2017) beskrev de närstående svårigheter i att få stöd på grund av den bristande tillgängligheten av hälso- och sjukvården, det kunde till exempel vara svårt att ta sig dit för att erhålla stöd. Närstående påtalade även svårigheter med att få stöd av hälso- och sjukvården när patienten inte var inskriven på sjukhus. De hade önskat mer stöd i hemmet för att få vardagen att fungera, och att kunna gå igenom kriser tillsammans i hemmet och inte behöva läggas in inom den psykiatriska akutsjukvården. Däremot var det närstående i Landon et al (2016) som ansåg att de fick gott stöd av hälso- och sjukvården efter utskrivning från sjukhuset. Detta stämmer inte överens helt med resultatet i studien av Olwit et al (2014) där de närstående uttryckte att de fick mest stöd av släktingar och vänner i svåra perioder jämfört med sjukvårdspersonal.

Emotionellt lidande

Detta tema representerar de närståendes emotionella upplevelser som bestod av bördan av att ha en närstående med schizofreni, stigma relaterat till samhällets syn på sjukdomen och sorg över sjukdomens konsekvenser.

Börda

Närstående upplevde emotionell börda relaterat till diagnosen och symtomen hos personen med schizofreni, bland annat på grund av personlighetsförändringar, bisarra beteenden, paranoia och osjälvständighet (Hernandez & Barrio, 2015; Hsiao & Tsai, 2014; Landon et al., 2016; Mizuno et al., 2013; Kardorff et al., 2016; White & Unruh, 2013; Kung, 2016).

Närstående i Hernandez och Barrio (2015) beskrev att bördan påverkade deras psykiska och fysiska hälsa, bland annat genom högt blodtryck och bröstsmärtor på grund av pressen när personen med schizofreni är i en dålig fas i sin sjukdom. De gånger personen blev sjuk gjorde de närstående allt för att personen i fråga skulle bli bättre, och när personen var bättre så var det ansträngande att upprätthålla välmående och oron över återinsjuknande var en oerhörd börda. Närstående i Kardorff et al (2016) beskrev förutom emotionell och fysisk börda även en ekonomisk börda kring kostnaderna för vården och att försörja personen, vilket leder till finansiella problem som påverkar livet, vilket i sin tur bidrar till brist på energi och

utmattning. I Landon et al (2016) uppgav närstående bördan i att hela tiden vara på sin vakt för att inte trigga igång något som kan leda till aggression, detta ledde till att de närstående kände sig osäkra och ibland även rädda. De närstående fick ta emot verbala hot och lever med rädsla för att deras närstående ska skada sig själv eller andra.

Stigma

Närstående upplevde stigma från släktingar och från samhället, det kunde i vissa fall leda till att närstående undvek att söka professionell hjälp (Olwit et al, 2014; Kardorff, 2015). I Bellini et al (2016) och Billares et al (2017) beskrevs stigmat som historiskt, att man även långt bak i tiden såg ner på personer med psykisk sjukdom, vilket orsakade svårigheter för närstående att acceptera diagnosen. Stigma påverkade de närstående så att de undvek att benämna diagnosen som schizofreni eller psykisk sjukdom, istället beskrevs det som för andra i omgivningen att personen endast hade problem med nerverna. Närstående i Mizuno et al (2013) tog också upp att de ville undvika att berätta att personen hade psykisk sjukdom, därför pratade närstående inte om det med andra. Flera närstående i Hernandez och Barrio (2015) kände sig avvisade från samhället, som att det var ett brott att ha en närstående med schizofreni. Vilket ledde till att närstående och den psykiskt sjuka personen isolerade sig i samhället och på så sätt även stötta sina bort sina andra släktingar, vilket i sin tur gjorde att de inte upplevde något stöd. Närstående i Krupchanka et al (2017) beskriver att de kände sig diskriminerade utifrån samhällsviktiga funktioner, såsom myndigheter när det gällde att få hjälp i att söka jobb eller studier för personen med psykisk sjukdom. De närstående tar även upp problematiken och stigmatiseringen när de behövt tillkalla polis då polisen uttryckt sig dömande.

Sorg

Närstående beskrev en sorg över att de har förlorat personen till sjukdomen. Personen i fråga är inte så som den tidigare var vilket leder till att de inte längre har något gemensamt och inte kommunicerar såsom det var innan (Park och Lee, 2017; Landon et al, 2016). I Hernandez och Barrio (2015) samt Bellini et al (2016) uttrycktes sorg över att behöva se sin närstående lida av symtom som är relaterade till sjukdomen och även över beteendeförändringarna. En sorg i att de inte kunde hjälpa personen med att ta bort symtomen. I studien av White och Unruh (2013) berättade närstående om att sorgen var så överväldigande att de närstående till och med led av suicidtankar, speciellt när personen med schizofrenis symtom var okontrollerade. I Olwit et al (2014) har närstående beskrivit att sorgen de upplevde inte kommer att gå över förrän personen med schizofreni inte fanns längre, när Gud bestämt att

livet skulle avslutas. I Mizuno et al (2013) beskrev de närstående att sorgen var så påträngande att de närstående hade tankar på att livet hade varit bättre utan personen med schizofreni, såvida att de till och med önskade att någon skulle döda personen för att få ett slut på lidandet.

Helande effekt

Med temat helande effekt redogörs närståendes upplevelse av belåtenhet och religionens helande effekt.

Belåtenhet

Närstående i flera studier beskrev en känsla av belåtenhet över de små sakerna i livet, att de nu fått ett nytt perspektiv som gör att de är mer positivt inställda (Park och Lee, 2017; White och Unruh, 2013). Som närstående i Hsiao och Tsai (2014) berättar om att de känner glädje och belåtenhet över att se sin närstående hel och ren. Närstående kände att de som familj kommit varandra närmre och att kärleken till varandra höll de samman som familj (Bellini et al, 2016; Landon et al, 2016). Närstående upplevde att de utvecklades som personer och fick en ökad empatisk förmåga, som de fick genom erfarenhet av att stötta personen med schizofreni vilket gjorde att de fick mer hopp om framtiden och att även familjemedlemmarnas band stärktes (Park & Lee, 2017). Närstående hade hopp om framtiden för personen med schizofreni och man såg ljus på framtiden och hoppades på att personen skulle få ett bättre liv genom att utvecklas med åren (Mizuno et al, 2013). Att vara närstående till en person med schizofreni innebar att man var tvungen att ta mycket ansvar för personen, vilket i sin tur ledde till en känsla av att vara behövd och betydelsefull och det gav de närstående en må bra känsla (Bellini et al, 2016),

Religion

Närstående beskrev att religionen hade en stor inverkan på deras mående och hur de fann tröst i Gud (Hernandez & Barrio, 2015; Park & Lee, 2017; Olwit et al, 2015). Närstående redogjorde för hur de vände sig till Gud för att få styrka i svåra stunder (Hernandez & Barrio, 2015 & Bellini et al, 2016). Religionen hade betydelse för synen på schizofreni, i studien av Villares et al (2017) berättades om det spirituella, att den som drabbats av schizofreni hade en elak ande, demon inom sig. Även i Park och Lee (2017) tas det upp att närstående ibland fick en känsla av att det var Gud som hade sänt sjukdomen till dem för att de skulle lära sig och bli guidade, för genom sjukdomen har de lärt sig att uppskatta familjen och livet mer än tidigare,

vilket leder till att man ser varje stund med sina nära och kära som en gåva. Genom att förlita sig på Gud fanns ett hopp om att den närstående skulle få ett bra liv. Närstående i Villares et al (2017) vände sig till högre makter för att få svar, den spirituella tron ansågs vara nödvändig för att kunna möta lidandet. Spiritualiteten sågs som både orsak till sjukdomen och ett alternativt botemedel som inte går att nå genom medicinsk behandling, nästan alla närstående gick till kyrkan för att söka förklaring, behandling och lösningar på sjukdomen. Samtidigt var de ambivalenta till fördelarna med kyrkans behandling till patienten, då det ansågs att den som var sjuk hade en svag andlighet vilket gjorde de mer mottagliga för demoner. Närstående upplevde stöd och tröst men även ambivalens gentemot kyrkan, det fanns en känsla av att man utmålades som en sämre människa om man var sjuk. Att den sjuke personen hade blivit sjuk för att man hade bristande tro och moral, vilket ledde till en känsla av skuld som närstående fick ta ansvar för att bära. Kyrkan var därav både en resurs samt ett hot.

Diskussion

Metoddiskussion

I metoddiskussionen kommer författarna till denna uppsats att diskutera styrkor och svagheter med metoden i enlighet med kvalitetsbegreppen som används för granskning av kvalitativa studier enligt Polit och Beck (2016). En studies kvalité bedöms enligt Polit och Beck (2016) genom begreppen trovärdighet, tillförlitlighet, pålitlighet, överförbarhet och anpassningsbarhet, som är ett resultat av hur väl forskningsprocessen utförts.

Metoden som valdes var en litteraturöversikt för att få översikt över aktuellt kunskapsläge kring det valda problemområdet. En alternativ metod hade varit att göra intervjuer, då det är en datainsamlingsmetod som är lämplig för att förstå upplevelser. Nackdelen med intervjuer är dock att det är tidskrävande och det är svårt att täcka ett större geografiskt område (Danielsson, 2017).

Urval och datainsamling

Tillförlitlighet innebär att kritiskt granska tillvägagångssättet i datainsamling och tolkning av innehållet (Polit & Beck, 2016). Tillförlitligheten är hög då båda författarna tillsammans genomförde datainsamlingen och datainsamlingen skedde i databaser som är relevanta för omvårdnadsforskning (Polit & Beck, 2016). Tillförlitlighet innebär att författarna ska vara

transparanta och att tillvägagångssättet noggrant redovisas. Dessa databaser var CINAHL complete, PubMed och PsycInfo. Enligt Polit och Beck (2016) kan det ses som en styrka att söka i fler databaser än två, då sökningen blir bredare. I sökningen användes begränsningarna peer-reviewed, skrivna senaste 10 år, skrivna på engelska och finnas tillgängligt i full-text. Enligt Polit och Beck (2016) är begränsningar nödvändigt för att avgränsa arbetet och underlätta sökningen, det kan dock vara en nackdel då relevant data kan försummas, till exempel att artiklar som inte fanns i fulltext valdes bort trots att de kunde varit relevanta för syftet. En styrka är att studierna är publicerade senaste 10 åren då det innebär att forskningen är aktuell. Det är viktigt med förutbestämda kriterier för att kunna hitta relevanta artiklar (Polit & Beck, 2016). Under datainsamlingen användes den booleska söktermen AND för att begränsa sökningen (Polit & Beck, 2016), detta för att reducera ner antalet träffar som inte innehöll alla sökord, då alla sökord var av relevans för syftet. Sökorden som användes var schizofrenia, experience och family. Författarna valde att söka resultatartiklar med ordet family då detta ord gav fler träffar än vid sökning med next of kin och spouse. Det kan ha varit en svaghet att inte ha använt andra sökord för att ringa in syftet. Författarna anser dock att syftet har besvarats. Författarna dokumenterade sökningen med hjälp av en matris (bilaga 1), vilket ses som en styrka enligt Polit och Beck (2016). Genom att använda en matris görs sökningen tillgänglig och kan således göras om av annan forskare vilket styrker tillförlitligheten och transparens enligt SBU (2017).

Datainsamlingen skedde under en kort tidsperiod på 2 veckor i januari, vilket enligt Polit och Beck (2016) ökar studiens pålitlighet.

Artiklar var skrivna på engelska, vilket inte är författarnas modersmål vilket kan ses som en svaghet. Dock användes lexikon för att i möjligaste mån minska misstolkningar och förstärka tillförlitligheten. Alla artiklar lästes enskilt av båda författarna och diskuterades sedan tillsammans för att få en djupare förståelse. På så sätt framkom information från två perspektiv, som kunde jämföras, vilket gav styrka till att artiklarna tolkades korrekt då båda författarna var samstämmiga.

Dataanalys

I dataanalysen användes de sista två stegen i niostegsmodellen, först analyserades artiklarna, författarna till föreliggande arbete har fört en dialog under hela arbetets gång för att undvika att besvara något annat än litteraturstudiens syfte. Att författarna satt tillsammans och

analyserade artiklarna ökar tillförlitligheten (Polit & Beck, 2016). Under dataanalysen kvalitetsgranskades artiklarna utifrån SBU (2014) mall för kvalitativ forskning. Författarna upplevde att granskningsmallen var enkel och tydlig att använda, under granskningen framkom att artiklarna höll hög eller medelhög kvalitet, ingen artikel med låg kvalitet användes till resultatet. De artiklar som valdes ut till resultatet arbetades med på ett systematiskt sätt enligt Polit & Becks (2016) niostegsmodellens sista steg för att öka trovärdigheten. Författarna inhämtade data från kvalitativa artiklar, eftersom kvalitativ design inriktar sig på att beskriva människors upplevelser, även en artikel med mixad design inkluderas, dock användes bara den kvalitativa delen då det var relevant och svarade på syftet.

Polit och Beck (2016) beskriver begreppet överförbarhet som en granskning av hur det framkomna resultatet kan överföras och/eller generaliseras i andra sammanhang eller kontexter. Resultatet som framkom är överförbart då det innefattar artiklar från ett flertal olika länder med diverse kulturer: Brasilien, USA, Taiwan, Tyskland, Vitryssland, Nya Zeeland, Japan, Uganda, Korea och Kanada. Detta styrker trovärdigheten för uppsatsen och kan bidra med en överförbarhet i en bredare kontext, då gemensamma teman identifierades oavsett land. Att valda resultatartiklar kommer från flertalet olika länder var inget medvetet val då inga begränsningar har gjorts gällande geografi. Under arbetets gång har författarna noggrant beskrivit stegen som lett fram till resultatet. Detta kan ses i löpande text och även i matriser och bilagor, som bidrar till en ökad tillförlitlighet. Detta gör att läsaren själv kan få fatta en ståndpunkt gällande överförbarheten i uppsatsen.

Tolkandet av informationen bör inte präglas av författarnas egna förförståelse och föreställningar (Polit & Beck, 2016). Författarna till detta arbete arbetar själva på psykosmottagning, vilket innebär att författarna redan innan det påbörjade arbetet har en förförståelse kring valet av ämne. Författarna har under hela processen med uppsatsen fått diskutera sinsemellan kring förförståelsen för att inte låta förförståelsen och föreställningar färga resultatet.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom tre huvudteman och åtta subteman. Resultatdiskussionen kommer att diskuteras utifrån de tre huvudteman: Kontakt med hälso- och sjukvården, emotionellt lidande

och helande effekt, samt Katie Erikssons teori om lidande, bakgrunden, nya artiklar samt författarnas egna reflektioner.

Kontakt med hälso- och sjukvården

Det är av stor vikt att sjuksköterskan vinner närståendes förtroende, genom att lära känna dem, visa engagemang och respekt, för att försäkra god vård för patienten (Kertchok, Yunibhand & Chaiyawat, 2011) som beskrivits i bakgrunden. Det har framkommit i litteraturöversiktens resultat att det fanns delade uppfattningar kring stödet de fick från hälso- och sjukvården. Vissa närstående i litteraturöversiktens resultat upplevde att de fick gott stöd, medans i andra fall i litteraturöversiktens resultat framkom det att närstående upplever bristande stöd från hälso- och sjukvården. Enligt Katie Eriksson (1994) kan brist på lyhördhet och respekt från hälso- och sjukvård orsaka ett vårdlidande både för patient och närstående.

Personer med schizofreni kunde uppleva att medicineringen som hälso- och sjukvården skrev ut inte gav några positiva effekter, de beskrev en allmän känsla av att de borde ta sina mediciner, men oroade sig över vad som skulle kunna hända om de inte tog medicinen. Då de själva inte upplevde någon effekt utan endast biverkningar upplevde många medicineringen som problematisk och vilket kunde leda till att de slutade patienterna att medicinera (Gee, Pearce & Jackson, 2003). Problematiken kring medicinering och att patienter slutar att medicinera är något som närstående också vittnat om i litteraturöversiktens resultat och därav är det något som stämmer överens de sinsemellan. Patientens följsamhet till medicinering ökar om patienten och närstående har en god relation till varandra och sjuksköterskan, där närstående är positivt inställda till medicinering (Phillips & McCann, 2007).

Litteraturöversiktens resultat visade dock att närstående upplevde en brist av insyn över den medicinska behandlingen på grund av sekretessen från hälso- och sjukvården, att de inte visste vad eller om personen med schizofreni erhöll någon medicin. I Allen et al (2013) beskrevs det att det skulle kunna undvikas om sjuksköterskan uppmuntrar patienten att göra närstående delaktiga i behandlingen, genom att dela sina upplevelser och involvera närstående i behandlingen.

Författarnas egna upplevelser av patienters följsamhet kring antipsykotisk medicinering förbättras när närstående är delaktiga, då både hälso-och sjukvårdspersonal och närstående kan uppmuntra och påminna patienten om medicineringen.

Emotionellt lidande

Personen med schizofreni beskriver hur stigmatiseringen kring sjukdomen gjort att de förlorat kontakt med sina närstående, såsom familj och vänner då de inte kände sig accepterade i samhället (Knight, Wykes & Hayward, 2003). Personer med schizofreni har beskrivit en oro att deras familj och vänner ska lämna dem när de varit sjuka, under en sjukdomsperiod varit aggressiva och skrikit på sina närstående och de upplever att kollegor och vänner har tagit avstånd på grund av stigmatiseringen kring diagnosen (Gee, Pearce & Jackson, 2003). I litteraturöversiktens resultat framkom det att de närstående inte velat benämna diagnosen relaterat till stigma, utan hittade andra sett att förklara det på såsom att personen hade problem med nerverna för andra i sin omgivning.

I artikeln av Rudge och Morse (2001) beskriver personer med schizofreni hur de hade uppmanats av sina närstående att förhålla sig normalt, då de närstående inte ville att andra utomstående skulle förstå att hen var sjuk. Närstående har undvikit att berätta att personen har psykisk sjukdom för sin omgivning enligt litteraturöversiktens resultat. Detta stämmer då överens kring hur personen med schizofreni upplevt sin situation. Som tidigare tagits upp i bakgrunden har det visat sig att det fanns skillnader i bemötandet gentemot personer med schizofreni i förhållandet mellan den grundutbildade sjuksköterskan och specialistsjuksköterskan inom psykiatri. Den grundutbildade sjuksköterskan hade ett mer diskriminerande bemötande som ledde till stigmatisering av sjukdomen (Björkman, Angelman & Jönsson, 2008). Författarna anser att ett stigmatiserat synsätt inom hälso- och sjukvården skulle kunna ses som en indikation för att sjuksköterskor behöver ökad kunskap kring sitt förhållningssätt till psykiatriska diagnoser.

I Gee, Pearce och Jackson (2003) berättar personer med schizofreni hur de isolerar sig från sina närstående på grund av sina beteende förändringar. I resultatet i denna litteraturöversikt framkommer det att närstående upplever en sorg över att personen med schizofreni inte är som den tidigare varit samt att den slutar kommunicera, närstående upplever då att de förlorat personen till sjukdomen. Katie Eriksson (1994) beskriver lidande som en kränkning, hot eller förlust av människans själv, vilket kan vara applicerbart utifrån närståendes upplevelse av sorg. Ett lidande kan relateras till att en person inte tycker sig leva upp till sina egna eller omgivningens förväntningar på grund av sin sjukdom, detta skulle således kunna orsaka ett emotionellt lidande hos personen med schizofreni.

Helande effekt

Flera personer med schizofreni beskriver att relationen till familj och närstående har förbättrats över tid och att de kan prata mer öppet med varandra samt kommit varandra närmre. Detta gör att personen med schizofreni upplever trygghet i att närstående kan se och känna av när personen mår sämre. Personer med schizofreni berättar hur de själva blivit bättre på att kommunicera med sina närstående kring sjukdomen vilket bidragit till att de lättare kunnat acceptera sin situation (Gee, Pearce & Jackson, 2003). Det framkommer i litteraturöversiktens resultat att närstående också upplevde att de kommit närmare varandra efter insjuknandet och att kärleken höll dem samman som familj. En bra relation mellan patient och närstående är en fördel som beskrivs utifrån specialistsjuksköterskans perspektiv i bakgrunden, då närstående kan ha en betydelsefull roll för patienten och närstående kan vara en trygghet som kan bidra med ett inre lugn, vilket i sin tur kan vara en tillgång för vården (Ylikangas, 2012). Den goda relationen mellan närstående och personen med schizofreni är något som författarna ser i det dagliga arbetet som en resurs då alliansen mellan sjuksköterskan och patienten kan stärkas. Att sjukdomsförloppet har bidragit till att närstående och personen med schizofreni kommit varandra närmare innebär att de kunnat försonas i sitt lidande, vilket Katie Eriksson (1994) beskriver som en väg till att finna meningsfullhet för att kunna uppleva lust och glädje. Lusten får människan motiverad till att fortsätta tampas mot ondo och är således en källa till kraft, vilket som i den här litteraturöversiktens resultat beskrivits som en helande effekt.

I artikeln av Plejert, Asplund & Norberg (1999) beskriver personen med schizofreni hur deras religion hjälpte dem i svåra stunder och att be till Gud gav en ljusare syn på livet. Religionens betydelse är något som också tagits upp av närstående i litteraturöversiktens resultat som något som var av relevans för att finna tröst och mening. Katie Eriksson (1994) beskriver hur tro, hopp och kärlek är en central roll för att lindra lidande. Främst är religionen en faktor som måste tas i beaktande, ger patienten eller närstående uttryck för religiösa yttringar ska dessa ses som resurs och något man inom hälso- och sjukvården ska respektera. Tron i sig hör ihop med en människas andlighet. Enligt Katie Eriksson (1994) är människan till sin natur en andlig varelse.

Kliniska implikationer

Resultatet som framkom i denna litteraturöversikt kan vara ett kunskapsstöd för sjuksköterskor inom psykiatrisk vård vid behandling av personer med schizofreni och bemötande av deras närstående. Litteraturöversikten påvisar närståendes upplevelser, vilket har en betydande roll vid behandling av personen med schizofreni. Detta på grund av att man möter närstående dagligen i den kliniska verksamheten och det är vårt ansvar som specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård att stötta och göra närstående delaktiga i vården. Vården för personer med schizofreni och deras närstående kan få högre kvalitet genom kompetensutveckling och ökad kunskap hos sjuksköterskan. Denna litteraturöversikts resultat kan förhoppningsvis användas som underlag vid diskussioner som rör samverkan och stöd för närstående.

Förslag till fortsatt forskning

Även om det finns tidigare forskning inom ämnet, behövs fler studier som belyser ämnet inom psykiatrisk vård vilket är av stor betydelse för att bidra till kompetensutveckling för specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård. Ett exempel är behovet av studier som belyser närståendes upplevelse av delaktighet, särskilt när personen med schizofreni vårdas inlagd enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Det skulle kunna genomföras genom djupintervjuer med närstående för att det är en metod att föredra vid forskning på upplevelser. Enkät kan även användas för att nå en bredare massa.

Slutsats

Närstående till personer med schizofreni upplevde både emotionellt lidande och en helande effekt i sin situation. Det emotionella lidandet hos de närstående innefattade upplevelse av börda, sorg och stigma. Belåtenheten i en nära relation och religionen utgjorde för de närstående en helande effekt. Bristen på stöd från hälso- och sjukvården leder ofta till en stor påverkan på de närståendes egna liv. Att ha en närstående med schizofreni har beskrivits inte enbart vara negativt, utan att även en större meningsfullhet har uppkommit hos de närstående.

Referensförteckning

- Allen, J., Burbach, F., & Reibstein, J. (2013). 'A different world' Individuals' experience of an integrated family intervention for psychosis and its contribution to recovery. *Psychology and Psychotherapy, Theory, Research and Practice*, 86, 212-228.
- Andreasson, E., & Skärsäter, I. (2012). Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 15-22.
- Björkman, T., Angelman, T., & Jönsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scand J Caring Sci*, 22, 170-177.
- Codex. (2020). *Regler och riktlinjer för forskning. Oredlighet i forskning*. Hämtad 18 mars, 2020, från <http://www.codex.vr.se/etik6.shtml>
- Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Dixon, L., McFarlane, W., Leffley, H., Lucksted, A., Cohen, M., Fallon, I., Mueser, K., Miklowitz, D., Solomon, P., & Sondheim, D. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 52 (7), 903-910.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber AB.
- Eriksson, K., & Herberts, S. (1993). Lidande- en begreppsanalytisk studie. *I möten med lidanden*, Eriksson, K. (red.). Åbo Akademis tryckeri.
- Geanellos, R. (2005). Adversity as opportunity: Living with schizophrenia and developing a resilient self. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, 7-15.
- Gee, L., Pearce, E., & Jackson, M. (2003). Quality of life in schizophrenia: A grounded theory approach. *Health and quality of life outcomes*, 1:31.
- Gothefors, D., Adolfsson, R., Attvall, S., Erlinge, D., Jarbin, H., Lindström, K., Hausswolff-Juhlin, Y., Morgell, R., Toft, E., & Ösby, U. (2010). Swedish clinical guidelines – Prevention and management of metabolic risk in patients with severe psychiatric disorder. *Nord J Psychiatry*, 64, 294-302.
- Johansson, M., & Lundman, B. (2002). Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 639-647.
- Jormfeldt, H., & Svedberg, P. (2010). Perspektiv på hälsa och ohälsa i psykiatrisk omvårdnad. *Vårdande vid psykisk ohälsa - på avancerad nivå*. Wiklund Gustin, L. (red.). Lund: Studentlitteratur AB.

- Jung, W. H., Jang, J. H., Byun, M. S., An, S. K., & Known, J. S. (2010). Structural brain alterations in individuals at ultra-high risk for psychosis: a review of magnetic resonance imaging studies and future directions. *The Korean Academy of Medical Science*, 25(12), 1700-1709.
- Karolinska Institutet (2018). *Sökteknik*. Hämtad 2020-02-25 från <https://kib.ki.se/sokavardera/soka-information/sokteknik>
- Kertchok, R., Yunibhand, J., & Chaiyawat, W. (2011). Creating a new whole: Helping families of people with schizophrenia. *Journal of Mental Health Nursing*, 20(1), 38-46.
- Knight, M., Wykes, T., & Hayward, P. (2003). "People don't understand": An investigation of stigma in schizophrenia using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). *Journal of Mental Health*, 12, 209-222.
- Laugharne, R., Priebe, S., McCabe, R., Garland, N., & Clifford, D. (2011). Trust, choice and power in mental health care: Experiences of patients with psychosis. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(5), 496-504.
- Lippi, G. (2016). Schizophrenia in a member of the family: Burden, expressed emotion and addressing the needs of the whole family. *South African Journal of Psychiatry*, 22(1), 1608-9685.
- Malm, U., Lindström, E., & Wieselgren, I-M. (2009). Schizofrena syndrom och likartade psykoser. I Herlofson, J., Ekselius, L., Lundh, L-G., Lundin, A., Mårtensson, B., & Åsberg, M (red.), *Psykiatri* (s. 283-304). Lund: Studentlitteratur.
- Nationalencyklopedin. (2020). *Upplevelse*. <http://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/upplevelse> (hämtad 2020-02-03).
- Phillips, L., & McCann, E. (2007). The subjective experiences of people who regularly receive depot neuroleptic medication in the community. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 578-586.
- Plejert, A., Asplund, K., & Norberg, A. (1999). Towards recovery: living in a home-like setting after the move from a hospital ward. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 663-674.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor. (2014). *Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård*. Hämtad 3 februari 2020, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar/publikationer/kompetensbeskrivning.sjukskoterska.psykiatri.2014.pdf>.

- Rudge, T., & Morse, K. (2001). Re-awakenings?: A discourse analysis of the recovery from schizophrenia after medication change. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 66-76.
- SBU. (2012). *Schizofreni. Läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. SBU-rapport nr 213. ISBN 978-91-85413-50-8.
- SBU. (2012). *Schizofreni. Patientens delaktighet*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. SBU-rapport nr 213. ISBN 978-91-85413-50-8.
- SBU. (2014). *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser*. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården – en handbok. Bilaga 5.
- SBU. (2017). *Litteratursökning*. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården – en handbok. Kapitel 4.
- SFS 1991:1128. *Lagen om psykiatrisk tvångsvård*. Hämtad 3 februari 2020, från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Hämtad 14 september 2019, från: https://www.riksdagen.se/sv/dokumentlagar/dokument/svenskforfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659.
- Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd - stöd för styrning och ledning*. Hämtad 14 september 2019, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-9-6.pdf>.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 14 september 2019, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 14 september 2019, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensksjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>.
- van Meijel, B., van der Gaag, M., Kahn Sylvain, R., & Grypdonck, M.H. (2004). Recognition of early warning signs in patients with schizophrenia: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(2), 107-116.
- Vetenskapsrådet. (2017). *God Forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Tillgänglig https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/Godforskningssed_VR_2017.pdf.

Vetenskapsrådet & Uppsala universitet. (u.å.). *CODEX - regler och riktlinjer för forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Tillgänglig <http://www.codex.vr.se/>

WHO. (2019). *The ICD-11 classification of mental and behavioural disorders. Clinical description and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.

Ylikangas, C. (2012). Miljö – ett vårdvetenskapligt begrepp. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s.268-277). Författarna och Studentlitteratur.

Bilaga 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
CINAHL Complete	*Schizophrenia AND *Family AND Experience	65	Peer reviewed År: 2010-2019 Fulltext Engelska	23	9	7
PsycInfo	*Schizophrenia AND *Family AND Experience	260	År: 2010-2019 Fulltext Engelska	55	4	3
PubMed	*Schizophrenia AND Family AND Experience	78	År: 2010-2019 Fulltext Engelska	32	3	2

*Ämnesord

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Bellini, L., Cunha, M., Cardoso da Silva, T., & Giacon, B.	The experience of being a mother of an individual with schizophrenia	2016, Brasilien, Cienc Cuid Saude.	Syftet var att belysa upplevelsen av att vara mamma till en individ med schizofreni.	Deskriptiv, kvalitativ metod. Öppna individuella intervjuer med 11 mammor.	Fyra teman framkom <ol style="list-style-type: none"> 1. Att handskas med det okända. 2. Att få veta diagnosen och initiering behandling. 3. Upplevelsen av debuten av schizofreni 4. Upplevelsen av att vara mamma till individ med schizofreni
Hernandez, M., & Barrio, C.	Perceptions of subjective burden among latino families caring for a loved one with schizophrenia	2015, USA, Community Ment Health J.	Syftet var att undersöka bördan hos närstående till en person med schizofreni.	Kvalitativ metod. Intervjuer med 64 deltagare.	Fem teman framkom <ol style="list-style-type: none"> 1. Interpersonella närståenderelationer 2. Emotionell och psykisk hälsa 3. Förlorad förväntan 4. Religion och andlighet 5. Stigma
Hsiao, C-Y., & Tsai, Y-F.	Caregiver burden and satisfaction in families of individuals with schizophrenia	2014, Taiwan, Nursing Research.	Syftet var att undersöka familjens upplevelse av börda och tillfredsställelse av att ha en anhörig med schizofreni.	Tvärsnitt, deskriptiv design. 244 deltagare. Både enskilda intervjuer och enkäter användes.	Resultatet visar att närstående inte bara upplever börda genom att ta hand om personen med schizofreni, det kan även vara en källa till tillfredsställelse i det dagliga livet.
Kardorff, E., Soltaninejad, A., Kamali, M., & Shahrabaki, M.	Family caregiver burden in mental illnesses: The case of affective disorder and schizophrenia- a qualitative exploratory study.	2016, Tyskland, Nordic Journal of psychiatry	Syftet var att belysa specifika bördor upplevda av närstående till patienter med schizofreni och affektiv sjukdom.	Kvalitativ metod med semi-strukturerade intervjuer med 45 närstående.	Elva teman framkom <ol style="list-style-type: none"> 1. Osäkerhet 2. Okunskap 3. Emotionell börda 4. Stigma och skuld 5. Ekonomisk börda 6. Psykisk börda 7. Restriktioner 8. Störda rutiner 9. Missnöje med släkt och vänner 10. Problem med patientens compliance medicinering 11. Bristande stöd från Sjukvård och myndigheter

Krupchanka, D., Kruk, N., Sartorius, N., Davey S., Winkler, P., & Murray, J.	Experience of stigma in the public life of relatives of people diagnosed with schizophrenia in the republic of Belarus.	2017, Vitryssland, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.	Syftet var att undersöka erfarenheter av stigma hos närstående till en patient med schizofreni i Vitryssland.	Kvalitativ metod med induktiv ansats. Intervjuer med 20 deltagare.	Tre teman framkom 1. Psykiatrisk vård 2. Svårigheter med sysselsättning 3. Kontakt med polis och myndigheter
Kung, W.	Culture- and immigration-related stress faced by chinese american families with a patient having schizophrenia	2016, USA, Journal of marital and family therapy.	Syftet var att belysa upplevelsen hos kinesiska amerikanska närstående av att ha en närstående med schizofreni.	Kvalitativ metod. Intervjuer med 19 närstående.	Nio teman framkom 1. Stress kring kultur och immigration 2. Närståendes hängivenhet 3. Närståendes psykiska ångest 4. Distinkta närståenderelationer 5. Diffusa gränser 6. Kommunikationssvårigheter 7. Triangulering 8. Enorm stress utifrån 9. Närståendes upplevelse av patienter relationer
Landon, J., Pike, B., Diesfeld, K., & Shepherd, D.	The experience of parents providing support to adult children with schizophrenia	2016, Nya Zeeland, Int J Ment Health Addiction.	Syftet var att belysa föräldrars upplevelse av att ta hand om sina vuxna barn med schizofreni.	Deskriptiv, kvalitativ metod. Semi-strukturerade intervjuer med 6 deltagare.	Sex teman framkom 1. Oro och rädsla. 2. Påverkan på familjen. 3. Åtkomst till information, bildning o personlig utveckling. 4. Bättre kommunikation och samarbe 5. Upplevelsen av andra. 6. Bristen av stöd.
Mizuno, E., Takataya, K., Kamizawa, N., Sakai, I., & Yamazaki Y.	Female Families' Experiences of caring for persons with schizophrenia	2013, Japan, Archives of psychiatric nursing.	Syftet var att utforska kvinnliga närståendes upplevelse till en person med schizofreni.	Deskriptiv design, fokusgrupper med 11 deltagare.	Fem teman framkom 1. Närståendes tidiga upplevelse 2. Närståendes sjukdomsperspektiv 3. Närståendes börda och lidande 4. Närståendes attityder gentemot pers med schizofreni 5. Närståendes upplevelse av sjukvård samhälle
Olwit, C., Musisi, S., Leshabari, S., & Sanyu, U.	Chronic sorrow: Lived experiences of caregivers of patients diagnosed with schizophrenia in	2015, Uganda, Archives of Psychiatric Nursing.	Syftet var att belysa upplevelsen av kronisk sorg hos familjemedlemmar till en patient med schizofreni.	Deskriptiv, kvalitativ design. Fokusgrupper och djupintervjuer användes. 8 män och 14 kvinnor deltog i studien.	Fem teman framkom 1. Upplevelsen av kronisk sorg. 2. Triggerfaktorer. 3. Hanteringsstrategier.

	Butabika Mental Hospital, Kampala, Uganda				<ol style="list-style-type: none"> 4. Hjälpsamma och icke hjälpsamma situationer. 5. Vårdgivarnas förslag.
Park, M., & Lee, K-J.	Korean sibling caregivers of individuals diagnosed with schizophrenia	2017, Korea, Asian/Pacific Island Nursing Journal.	Syftet var att beskriva upplevelsen hos syskon till en person med schizofreni.	Deskriptiv fenomenologisk metod. Djup- och semi-strukturerade intervjuer med 8 deltagare.	<p>Sex teman framkom</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sorg 2. Utbrändhet 3. Skam 4. Olika livsperspektiv 5. Acceptans 6. Ansvar
Villares, C., Redko, C., & Mari, J.	Conceptualization of illness among relatives of patients diagnosed with schizophrenia	2017, Brasilien, International review of psychiatry	Närståendes upplevelse av en patients schizofrenisjukdom.	Kvalitativ metod. Öppna intervjuer med 14 närstående.	<p>Tre teman framkom</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nervositet och stress 2. Problem i huvudet 3. Andliga problem
White, C., & Unruh, A.	Unheard voices: Mothers of adult children with schizophrenia speak up	2013, Kanada, Canadian Journal of Community Mental Health.	Syftet var att belysa utmaningarna att vara mamma till ett vuxet barn med schizofreni.	Kvalitativ studie med semi-strukturerade djupintervjuer. 8 mammor intervjuades.	<p>Sju teman framkom</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosen och upprördheten. 2. Behandlingen, en bergochdalbana. 3. Acceptansen av att bli en livslång vårdare. 4. Sjukdomen som har påverkat allt. 5. Överväldigad. 6. Delad vårdnad. 7. Ta en dag i taget.

Bilaga 3.

Rensa formuläret

Bilaga 5. Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

REVIDERAD 2014

SBU:s granskningsmall bygger på tidigare publicerat material [1,2], men har bearbetats och kompletterats för att passa SBU:s arbete.

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

Total bedömning av studiekvalitet:

Hög Medelhög Låg

Anvisningar:

- Alternativet "oklart" används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet "ej tillämpligt" väljs när frågan inte är relevant.

1. Syfte

a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning? Ja Nej Oklart Ej tillämpl

Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):

2. Urval

a) Är urvalet relevant? Ja Nej Oklart Ej tillämpl

b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet? Ja Nej Oklart Ej tillämpl

c) Är kontexten tydligt beskriven? Ja Nej Oklart Ej tillämpl

d) Finns relevant etiskt resonemang? Ja Nej Oklart Ej tillämpl

e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven? Ja Nej Oklart Ej tillämpl

Kommentarer (urval, patientkaraktäristika, kontext etc):

3. Datainsamling	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är datainsamlingen relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder datamättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):

4. Analys	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är analysen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder analysmättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (analys, analysmättnad etc):

5. Resultat	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är resultatet logiskt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är resultatet begripligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är resultatet tydligt beskrivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Genereras hypotes/teori/modell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):

