



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

PERSONER MED SCHIZOFRENI DÖR I FÖRTID AV SOMATISK OHÄLSA

Vad kan sjuksköterskan göra?

Alice Persson och Frida Jansson

Uppsats/Examensarbete: 15 hp
Program och/eller kurs: Sjuksköterskeprogrammet
Nivå: Grundnivå
Termin/år: Vt/2019
Handledare: Nils Sjöström
Examinator: Lilas Ali
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill tacka vår handledare Nisse Sjöström för god handledning med värdefulla tankar och givande diskussioner. Tack för ditt stöd och engagemang under arbetets gång.

Titel (svensk)	Personer med schizofreni dör av förtid av somatisk ohälsa – Vad kan sjuksköterskan göra?
Titel (engelsk)	Persons with schizophrenia die prematurely due to somatic illness – What can the nurse do?
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt/2019
Författare	Alice Persson och Frida Jansson
Handledare:	Nils Sjöström
Examinator:	Lilas Ali

Sammanfattning:

Bakgrund: Psykisk ohälsa utgör en folksjukdom och ohälsan skapar problematik både på individ - och samhällsnivå. Schizofreni är en allvarlig psykisk sjukdom som ingår i gruppen psykossjukdomar och ses idag som en av Sveriges folksjukdomar. Kognitiva funktionsnedsättningar är centralt i sjukdomsbilden och kan därför innebära en minskad förmåga gällande inläring, planering, tänkande, resonering samt omdöme. Ett annat problem är också att personerna ofta har sämre livsstil gällande livsfaktorer. **Syfte:** Syftet med studien var att kartlägga riskfaktorer för somatisk ohälsa och påverkande livsstilsfaktorer hos personer med schizofreni. **Metod:** En litteraturöversikt genomfördes med 16 artiklar som söktes fram via databaserna PubMed och Cinahl samt genom manuella sökningar. Artiklarna granskades sedan utifrån Röda korsets granskningsmall. **Resultat:** Personer med schizofreni uppfyller i stor utsträckning kraven för det metabola syndromet vilket ökar risken för kardiovaskulära sjukdomar. Metabola syndromet kan utvecklas av sämre livsstilsfaktorer. Förekomsten är fyra gånger så hög jämfört med en normalpopulation, och risken för sjukdomar kopplat till det metabola syndromet är två till tre gånger större. Patientgruppens sämre livsstilsvanor gällande rökning, alkohol, kost och fysisk aktivitet har en stor påverkan på den somatiska hälsan. Personerna med schizofreni var väl införstådda i sin ohälsosamma livsstil dock identifierades ett behov för stöd och utbildning för att nå en livsstilsförändring som gynnar hälsan. **Slutsats:** Sjuksköterskan kan med olika verktyg så som motiverande samtal, neurokognitiv rehabilitering (NKR) och integrerad psykologisk terapi (IPT-K) stödja personen att göra livsstilsförändringar. Detta kommer således minska risken för det metabola syndromet och kardiovaskulära sjukdomar.

Nyckelord: Schizofreni, Metabolt syndrom, Livsstil, Riskfaktor

Innehållsförteckning

Förord	2
Sammanfattning	3
Innehållsförteckning	4
Inledning.....	1
Bakgrund	1
Psykisk ohälsa.....	1
Schizofreni.....	1
Kognitiv funktionsnedsättning	2
Sjuksköterskans ansvar	3
Hälsolitteracitet.....	3
Problemformulering	4
Syfte	4
Litteraturstudie.....	4
Datainsamling	4
Strukturerad informationssökning	4
Dataanalys	6
Etiska ställningstaganden	7
Resultat.....	7
Metabolt syndrom och kardiovaskulär sjukdom	7
Rökning och alkohol.....	8
Kost.....	8
Fysisk aktivitet.....	8
Vikt	9
Hälsoinsikt och livskvalitet	9
Diskussion	9
Metoddiskussion.....	9
Etiska ställningstaganden.....	11
Resultatdiskussion	11
Slutsats	15
Referenslista	16
Bilaga 1. Artikelsammanfattning	22
Bilaga 2. Granskningsmall	34

Inledning

Personer med schizofreni har en hälsoproblematik som tenderar att bli komplex och omfattande. Problematiken i patientgruppen kopplas i de flesta fall till ohälsosam livsstil och utveckling av somatiska sjukdomar. Sjukdomen präglas av kognitiva funktionsnedsättningar vilket kan försvåra kontinuiteten i deras vård. Det leder således till att ett brett spektrum av kunskap och kompetens krävs för att kunna möta patientgruppens behov. Personer med schizofreni är en grupp som idag dör tidigare än normalpopulationen av somatiska sjukdomar (Socialstyrelsen, 2013). Det som utgör en stor hälsorisk för patientgruppen är att de utvecklar det metabola syndromet. Det metabola syndromet ökar risken för kardiovaskulära sjukdomar som kan innebära en tidig död. Under vår utbildning på sjuksköterskeprogrammet har vi under praktik i kliniska verksamheter uppmärksammat att personer med schizofreni oftast har sämre livsstilsvanor. Det var sällan förekommande att sjuksköterskan arbetade för att förbättra livsstilsvanorna både på sluten- och öppenvårdsenheter. Därav vill vi kartlägga livsstilen hos personer med schizofreni och undersöka hur sjuksköterskan kan stödja och motivera livsstilsförändringar, för att på så vis få personer med schizofreni att förbättra sin hälsa och minska deras risk att dö i förtid.

Bakgrund

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa utgör idag en folksjukdom och ohälsan skapar en problematik både för individen och samhället. Psykisk ohälsa innefattar både psykiska besvär och psykiska sjukdomar. Den psykiska ohälsan utgör 40 procent av sjukförsäkringskostnader innehållande sjukpenning, sjukersättning samt aktivitetsersättning. Personer med psykisk ohälsa utgör 20 procent av arbetskraften och detta kostar samhället 70 miljarder för arbetskostnader och för vård och omsorg. Med ett aktivt arbete för att förbättra livsstil kan samhällets resurser sparas (Socialstyrelsen, 2013). En jämlik och säker vård med hög kunskap eftersträvas till patientgruppen (Socialstyrelsen, 2019).

Samsjuklighet hos personer med psykisk ohälsa uppmärksammades på allvar 1998. Personer med en allvarlig psykisk störning har svårigheter att söka för sina problem och beskriva sina behov. Detta medför att de inte får tillräckligt hjälp tidigt för att förebygga somatiska sjukdomar och minska risken för hälsoproblem (Strömberg & Westman, 1998).

Personens välbefinnande påverkas av den psykiskt nedsatta hälsan då de får sämre somatisk behandling fast samsjukligheten är stor. Det är väl känt att detta påverkar livslängden hos dessa personer (Ringén et al., 2014; Schmitt et al., 2018). Det har påvisats att den somatiska vården är ojämlig för patientgruppen jämfört med normalpopulationen. Det har bland annat visat sig i att de får sämre läkemedelsbehandling efter hjärtinfarkt, sämre läkemedel efter stroke samt att de sker ballongvidgning av hjärtats kranskärl, Percutan Coronar Intervention (PCI i) i mindre omfattning (Jarl Torgerson, Personlig kommunikation 1 februari 2019).

Schizofreni

Schizofreni är en allvarlig psykisk sjukdom som ingår i gruppen psykosjukdomar. Det och anses som en av Sveriges folksjukdomar. Ca 35 000 personer har någon gång vårdats i psykiatrisk heldygnsvård på grund av schizofreni (Matsson, 2014).

Sjukdomsbilden kan innefatta stora problem med att klara vardagslivet och detta medför nedsatt livskvalitet. Sjukdomstillståndet innebär en förändrad verklighetsuppfattning och olika grad av vanföreställningar och hallucinationer kan förekomma. Sjukdomen drabbar oftare män än kvinnor och bryter oftast ut i åldrarna 15–25 år hos män och 25–35 år hos kvinnor (Matsson, 2014).

Schizofreni leder ofta till nedsatt funktion när det gäller social samvaro samt arbetsförmåga. Samsjukligheten är vanligt förekommande vid schizofreni, det kan vara somatiska sjukdomar så som metabola syndromet, kardiovaskulära sjukdomar, allvarliga infektioner och andra psykiska sjukdomar som beroende, depression och ångest (Socialstyrelsen, 2013). Ett annat problem är också att personerna ofta har sämre livsstil gällande livsfaktorer såsom rökning, brist på fysisk aktivitet och dålig kost (Matsson, 2014). På grund av att personer med schizofreni har svårt att upprätthålla en bra nivå av fysisk aktivitet och god kosthållning, bidrar det till viktökning både på grund av livsstilsfaktorer och medicinen. Detta utgör en ökad risk för metabola syndromet (Socialstyrelsen, 2013).

Personer med schizofreniliknande symptom har svårigheter i att fullfölja god kontakt med vårdpersonal trots stort vårdbehov. Detta är ytterligare en orsak till att denna patientgrupp dör tidigare på grund av behandlingsbara sjukdomar som skulle kunna förebyggas i tidigt skede med förändrade livsstilsfaktorer. Ett aktivt arbete skulle långsiktigt innebära ekonomiska fördelar i vården och folkhälsoekonomin (Socialstyrelsen, 2013).

En förändringsbar orsak till att personer med schizofreni har sämre somatisk hälsa är deras ohälsosamma levnadsvanor (Jarls Torgerson, Personlig kommunikation 1 februari 2019). I kombination med deras behandling, kognitiva problem och bristande insatser för screening av vården utgör detta stora risker för att personer ska drabbas av det metabola syndromet. Metabola syndromet är benämning på samtliga riskfaktorer som kan leda till kardiovaskulära sjukdomar, vilket kan leda till hjärtinfarkt och stroke. Livsfaktorer som påverkar uppkomsten av metabola syndromet är otillräcklig fysisk aktivitet, övervikt samt rökning (Socialstyrelsen, 2009).

Personer med schizofreni har 15 till 20 år kortare livslängd. Den främsta orsaken är kardiovaskulära sjukdomar då det är hela 40–50% av mortalitetsorsaken i de flesta studier (Ringén et al., 2013). Påverkande faktorer är livsstil, inklusive ohälsosam kost, otillräcklig fysisk aktivitet, rökning samt missbruk (Ringén et al., 2014; Schmitt et al., 2018; Socialstyrelsen, 2013). Nya studier visar att både patofysiologi och genetik i relation med schizofreni har en betydande roll i kardiovaskulära riskfaktorer (Ringén et al., 2014).

Kognitiv funktionsnedsättning

Kognitiva funktionsnedsättningar är en störning i mentala funktioner som kan innebära en minskad förmåga gällande inlärning, planering, tänkande, resonering samt omdöme. Detta är centralt i sjukdomsbilden schizofreni (Malm, Lindström & Wieselgren, 2010).

Forskning inom neuropsykologi har funnit att initiativförmågan inte är en förmåga kopplat till motivation utan en separat sådan, en person kan alltså vara väldigt motiverad till en sak men förmår inte göra någonting för den ska bli av. Initiativstörningen visar sig ofta i vardagen då

personen verkar passiv i självständiga situationer. De kan ha svårigheter i att skapa struktur i sin vardag och motivera sig själva för att göra en förändring (Lundin & Möller, 2012).

Personer med kognitiv funktionsnedsättning kan sakna en fungerande tidsuppfattning och ha svårt att se samband i olika situationer. Detta kan komma att visa sig i ekonomin då räkningar eller hyran inte blir betalda. De kan ha svårt att se samband i händelser till exempel att de mår sämre om de inte tar sin medicin. Svårigheter i att koppla ihop erfarenheter med tidigare upplevda situationer samt svårt att föreställa sig sin framtid alltså en störning i planering och organisationsförmågan kan förekomma (Lundin & Möller, 2012).

Sjuksköterskans ansvar

Trots skillnader i hälsa och orsakerna till detta påpekar Socialstyrelsen hälso- och sjukvårdens ansvar att komma i kontakt och hjälpa psykisk sjuka med somatisk sjuklighet. Vårdpersonal ska stötta med regelbundna kontroller av vikt, blodtryck, blodsocker och kolesterol för att följa livsstilsförändringarnas påverkan (Socialstyrelsen, 2014). Det är viktigt att vårdpersonal skapar förståelse angående hälsosamma levnadsvanor, motion och kost. Vården bör därför främja program om just levnadsvanor och fysisk aktivitet.

Det finns fyra grundläggande ansvarsområden enligt sjuksköterskans etiska kod: främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande. Detta skapar en omvårdnad med respekt för mänskliga rättigheter, kulturella rättigheter och rätten till egna val. Sjuksköterskan ska ge lika vård oberoende faktorer så som social ställning, sjukdom samt funktionsnedsättning med mera (Svenska sjuksköterskeföreningen, 2017).

I sjuksköterskans kompetens ingår att värna om personens, möjligheter och rättigheter, samt skapa kontinuitet i vårdkedjan. En förutsättning bör skapas av sjuksköterskan för att stärka personens egenvård samt inflytande i vården. Detta innefattas i personcentrerad vård vilket beskrivs i sjuksköterskans kompetensbeskrivning (SSF, 2017).

Inom personcentrerad vård är delaktighet ett centralt begrepp som sjuksköterskan ska värna om. Detta för att möjliggöra att personerna ska kunna bestämma själv och ta beslut gällande sin hälsa och välbefinnande. För att personen ska kunna vara delaktig ska planering genomföras genom en dialog. Empowerment är ett annat begrepp inom personcentrerad vård. Detta är en process som möjliggör att personerna skapar kontroll över sin hälsa. Sjuksköterskan ska arbeta för att de resurser personen bär på ska kunna användas i ett arbete för att främja hälsan. Delaktigheten som eftersträvas ska medföra empowerment (Fors, 2014).

Hälsolitteracitet

Hälsolitteracitet beskriver personens förmåga att ta till sig och förstå och använda information i syfte att främja, förbättra och bibehålla hälsa. En bristande hälsolitteracitet hos en individ kan medföra negativa hälsoeffekter på grund av att de inte förstår hälsoinformation och instruktioner (Mårtensson & Hensing, 2009).

Definitionen av hälsolitteracitet enligt WHO (u.å.) är den personliga, sociala samt kognitiva förmågan som avgör om personen kan begripa och sedan använda informationen till att utveckla sin hälsa.

Hälsolitteracitet förklarar sambandet mellan patientens förmåga att skriva, läsa och personens förmåga till att förstå samt följa information som är vårdrelaterad. Sådana faktorer som förmågan att ta till sig och förstå instruktioner, ordinationer av läkemedel och behandlingar (Mårtensson & Hensing, 2009).

Problemformulering

Psykisk ohälsa är ett omfattande problemområde i Sverige idag och schizofreni är en av allvarligaste psykiska sjukdomarna (Socialstyrelsen, 2019). Personer med schizofreni har sämre levnadsvanor som kan orsakar metabola syndromet, vilket kan komma att leda till akuta kardiovaskulära sjukdomar (Socialstyrelsen, 2013). Dessa personer får sämre somatisk vård och detta minskar deras livslängd i jämförelse med befolkningen i övrigt (Ringen et al., 2014; Schmitt et al., 2018). Det har visat sig att livsstilsfaktorer såsom fysisk aktivitet, kost och rökning har en stor betydelse för metabola syndromets uppkomst hos personer med schizofreni (Ringen et al., 2014; Schmitt et al., 2018). Därför undersöker denna studie riskfaktorer för somatisk ohälsa hos personer med schizofreni.

Syfte

Syftet med studien var att kartlägga riskfaktorer för somatisk ohälsa och påverkande livsstilsfaktorer hos personer med schizofreni.

Metod

Litteraturstudie

Metoden i denna studie var en litteraturoversikt för att skapa en bild över sjuksköterskans specifika omvårdnadsrelaterade ämne gällande metabolt syndrom och livsstil. Detta för att uppnå en god nivå av kunskap kring det studerade problemområdet samt identifiera ledande forskning som svarar mot syftet (Friberg, 2017).

Datainsamling

Strukturerad informationssökning

Datainsamlingen gjordes genom strukturerade litteratursökningar i databaserna Cinahl och PubMed. Cinahl är en databas för omvårdnadsvetenskap, och PubMed är en databas främst inom medicinsk vetenskap, men även omvårdnadsvetenskap (Östlundh, 2017). Databaserna användes för att få en bred bild över de studerade ämnet. Sökorden som användes under datainsamlingen togs fram utifrån syftet och utvecklades stegvis under sökprocessen. Sökorden var: Schizophrenia, Metabolic Syndrome, Aerobic exercise, Lifestyle, Risk factor, Disease, Antipsychotic drugs. De kombinerades på flera sätt, dock var sökorden Schizophrenia och Metabolic Syndrome med i varje sökning. Av sökningarna i databaserna inkluderades åtta artiklar till resultatet.

Ett brett resultat efterfrågades under sökningen och därför användes AND som boolesk operator. Ett intresse låg i att hitta artiklar som handlade om eller innehöll de specifika orden i kunskapsområdet. Se tabell 1 och 2 för fullständiga sökningar.

Tabell 1. Artikelsökning i databasen Cinahl.

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevant a abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
26/2	Schizophrenia AND Metabolic Syndrome	År:2008–2018	81	20	14	Nyboe et al. (2015) Sameby et al. (2008) Vancampfort et al. (2015) Padmavati et al. (2010)
28/2	antipsychotic drugs AND schizophrenia AND Metabolic Syndrome	År:2008–2018	46	20	11	Lappin et al., 2018.

Tabell 2. Artikelsökning i databasen PubMed.

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
27/2	Schizophrenia AND Metabolic Syndrome AND aerobic Exercise AND Lifestyle	10 år	15	8	5	Sugawara et al. (2016)

28/2	Schizophrenia AND Sports therapy AND Exercise	10 år	50	20	15	Keller-Varady et al. (2016)
2/3	Schizophrenia AND metabolic syndrome AND risk factor AND disease	10 år	108	50	18	Heald et al. (2017)

Manuella sökningar gjordes efter samråd med aktiva forskare vars kontaktuppgifter givits av handledare, sökningarna skedde utifrån referenser i föreslagna artiklar. Artiklarna granskades först via rubriken i referenslistan sedan lästes sammanfattningarna. På så vis söktes 19 artiklar fram och granskades sedan vidare utifrån passande granskningsmall. Elva artiklar sorterades bort då de inte svarade mot syftet och frågeställningarna. Totalt valdes åtta artiklar till resultatet genom den manuella sökningen.

Vetenskapliga artiklar i kvantitativ samt kvalitativ metod från vetenskapliga tidskrifter efterfrågades och var studiens inklusionskriterier. Artiklarna skulle svara mot syftet och frågeställningarna och beröra ämnet från olika synvinklar. Begränsningen tio år användes i databassökningarna. De manuella sökningarna gav artiklar som var äldre än tio år.

För att bedöma artiklarnas kvalitet och därefter göra ett val om de skulle gå vidare i analysen (Friberg, 2017), granskades artiklarna utifrån Röda korsets granskningsmall för vetenskapliga artiklar, se bilaga 2.

Dataanalys

För att uppnå en god överblick över innehållet lästes studierna separat flertal gånger. För varje artikel skrevs även en kort sammanfattning i syfte att få en tydlig bild över om de kunde vara aktuella i resultatet. Friberg (2017) kallar detta i litteraturen för att ha ett helikopterperspektiv och används innan en djupare analys av artiklarna. Materialet diskuterades för att säkerställa att det var trovärdigt samt användbart för studien. Artiklarna från den strukturerade informationssökningen och manuella sökningen delades upp och lästes var för sig genom narrativ läsning. Det slutliga materialet delades upp i olika betydelsefulla teman. De olika temana byggdes upp successivt under analysprocessen. Resultat från artiklarna kategoriserades under passande tema för att nå en god struktur enligt Friberg (2017). Valda artiklar presenteras i en artikelsammanfattning, se bilaga 1.

Etiska ställningstaganden

Etiska ställningstaganden efterfrågades i samtliga artiklar. Identifierades inte ett etiskt godkännande eller etiskt resonemang exkluderades studien, som beskrivs av Sandman och Kjellström (2018).

Resultat

De teman som togs fram under analysprocessen var: metabolt syndrom och kardiovaskulär sjukdom, rökning och alkohol, kost, fysisk aktivitet, vikt och slutligen hälsoinsikt och livskvalitet.

Metabolt syndrom och kardiovaskulär sjukdom

Personer med schizofreni har en fyra gånger så hög förekomst av det metabola syndromet jämfört med en normalpopulation, och risken för sjukdomar kopplat till det metabola syndromet är två till tre gånger större. Det är behandlingen med neuroleptika i kombination med otillräcklig fysisk aktivitet som är den främsta orsaken (Bredin, Waburton och Lang (2013). Metabola syndromet ger i tidigt skede inga klara symptom, vilket innebär att det kan ta tid innan de fastställs. Då kan stora risker redan byggts upp såsom att åderförkalkningsprocessen har påverkat blodkärl i kroppen. Detta utgör att metabola syndromet ofta fastställs efter en stroke eller hjärtinfarkt.

Metabolt syndrom är mer förekommande hos kvinnor, samt hos äldre personer (Heald et al., 2017; Cohn et al., 2004; Lappin et al., 2018). Nyboe et al., (2015) visade också i sin studie att personer med schizofreni har högre prevalens av det metabola syndromet och metaboliska avvikelser. Det sågs även ett signifikant samband mellan neuroleptika och låg fysisk aktivitet med metaboliska avvikelser. Sugawara et al., (2016) fann att mer än hälften hade en önskan om att förhindra viktökning och förekomst av diabetes uppmanades de till att uppnå en förbättrad insikt och mer kunskap gällande metaboliska följder, då det kan bidra till fysiska hälsoförbättringar.

Man har funnit en ökad prevalens av kardiovaskulär sjukdom hos personer med schizofreni. Cohn, Prud'Homme, Streiner, Kameh och Remington (2004) fann i sin studie att det fanns en ökad risk för hjärtinfarkt och stroke. Detta styrks av Bredin et al., (2013) vars slutsats var att personer med schizofreni har en ökad risk för att utveckla hjärtinfarkt, stroke och diabetes. Lappin et al., (2018) såg en ökad risk för kardiovaskulära sjukdomar hos den studerade populationen som har stort intag av neuroleptika. Nyboe, Vestergaard, Moeller, Lunds och Videbech (2015) bekräftade de metaboliska negativa effekterna av neuroleptika. Män med schizofreni hade även en ökad risk att få en hjärtinfarkt inom tio år jämfört med den normalpopulationen (Cohn et al., 2014). Slutsatsen var att personer med schizofreni hade en ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar främst på grund av rökning och metabola syndromet,

Behandlingar som innefattar neuroleptika har biverkningar som ökar risken för kardiovaskulära sjukdomar. Vissa riskfaktorer kan förebyggas och behandlas effektivt men behandlingar som främjar personer med schizofrenis somatiska hälsa anses fortfarande otillräcklig. Effekterna av livsstilsinterventioner, främst effektiva program riktade mot fysisk hälsa i patientgruppen behövs undersökas, då det finns för lite kunskap angående det i

populationen. Detta för att ha en möjlighet att öka livslängden och främja hälsan (Heald et al., 2017).

Rökning och alkohol

Flera studier har funnit att majoriteten av personer med schizofreni är storrökare med ett intag av mer än tio cigaretter per dag (Heald et al., 2017; Lappin et al., 2018; Cohn et al., 2004). Brown, Inskip och Bara Aclough (2000) fann att rökning har en signifikant påverkan på överdödlighet hos personer med schizofreni. Detta anges i studien som "undvikbara" naturliga dödsfall. Deras slutsats var att hjälpa personer att sluta röka bör vara prioriterat för vårdpersonal.

En studie fann alkoholkonsumtionen som en bidragande faktor till patientgruppens sämre livsstilsvanor. Det var 15% av de manliga deltagarna som konsumerade alkohol över rekommendationsgränsen. Inga kvinnor i studien konsumerade över rekommendationsgränsen på en vecka (Heald et al., 2017). I Lappin et al., (2018) studie rapporterades 37% ha ett dagligt intag av alkohol. Heald et al., (2017) slutsats visade att på grund av den höga konsumtionen av cigaretter och alkohol fanns behov för hälsoförbättrande interventioner.

Kost

Patientgruppens ohälsosamma livsstil visades sig även i deras kostvanor då mindre än 15% åt fler än fem frukter och grönsaker under en vecka. Hela den studerade gruppen åt frukt och grönt i snitt tre gånger i veckan. Det uppmärksammades att det var vanligt förekommande att deltagarna köpte onyttigt hämtmat fler gånger under en vecka. En varierad kost innehållande fet fisk, såsom lax, åts mindre än en gång i veckan. Slutsatsen var att det låga intaget av frukt och grönsaker förmodligen hade en påverkan på den höga prevalensen av metabolt syndrom (Heald et al., 2017). Liknande resultat kunde påvisas i studien av Lappin et al., (2018), där mindre än en fjärdedel hade dagliga hälsosamma kostvanor.

Fysisk aktivitet

Regelbunden fysisk aktivitet har visats sig förbättra prognosen av metabola syndromet hos personer med schizofreni. Aerob aktivitet som är en energiomsättning med syre som har ett syfte att öka eller bibehålla konditionen gynnar båda positiva och negativa symptom hos personer med schizofreni (Bredin et al., 2018).

Det har påvisats att det är svårt att upprätthålla en daglig fysisk aktivitet. Mindre än 50 % som rapporterade att de inte utförde någon ansträngande fysisk aktivitet. Ytterligare en betydande faktor var att majoriteten av deltagarna inte uppnådde en timmes träning per vecka (Heald et al., 2017; Lappin et al., 2018). Fysisk träning visade en positiv effekt på de negativa och positiva symtomen som kännetecknar patientbilden av schizofreni (Scheewe et al., 2013). Negativa symptom har visat sig vara associerat med lägre nivåer av självbestämmande motivation för fysisk aktivitet (Vancamfort et al., 2015).

Flera studier har funnit att konditionsträning förbättrar personens fysiska arbetsförmåga. Ett individuellt format träningsprogram har visat sig påverka de kognitiva, funktionella och fysiologiska funktionshindren positivt. Detta gynnade personernas hälsa och välbefinnande (Keller-Varady et al., 2016; Bredin et al., 2013; Malchow et al., 2015; Scheewe et al., 2013).

Nyboe et al., (2015) visade att en låg förekomst av aerob träning är en riskfaktor för det metabola syndromet, slutsatsen blir alltså att en hälsosammare livsstil bör vara en del av den psykiatriska behandlingen.

I studien av Malchow et al., (2015) beskrevs det att resultaten vid en hälsokontroll förbättrades markant efter regelbunden uthållighetsträning. Förbättringar gjordes bland annat gällande blodtryck och BMI.

När risk för metabola syndromet finns läggs fokus på att förhindra försämring som kan leda till diabetes, stroke samt hjärtinfarkt. Detta görs oftast genom egenbehandling där förutom fysisk aktivitet, en god kosthållning (Lottenberg et al., 2012) och ingen rökning (Bobes et al., 2013) innefattas då de har visats mest effektivt.

Vikt

Det har påvisats att personer med schizofreni har ett högre BMI än normalpopulationen. Närmare hälften uppnådde ett BMI som identifierades som fetma (Heald et al., 2017; Cohn et al., 2004; Scheewe et al. 2013; Söderberg et al., 2017; Keller-Varady et al., 2016). I studien av Lappin et al., (2018) visade det sig att nästan 80% av deltagarna hade ett BMI som mötte kriterierna för övervikt eller fetma. Behovet för fysisk aktivitet identifierades samt att en individuell livsstilsplan sågs positivt för att sänka BMI (Keller-Varady et al., 2016; Sameby et al., 2008).

Det fanns en positiv inställning hos deltagarna till att lära sig hur medicinering påverkar vikten trots ökad längtan för kolhydrater (Söderberg et al., 2017). Personer med diagnosen schizofreni som aldrig tagit neuroleptika hade ett signifikant lägre BMI än personer som aldrig fått någon psykiatrisk diagnos. Slutsatsen i studien var att personer med schizofreni som inte behandlas med läkemedel inte bidrar till en ökad förekomst av metabola syndromet (Padmavat et al., 2010). Vancampfort et al., (2011) beskrev att fysisk-hälsokvalitet hos personer med schizofreni inte bara är relaterat till BMI utan också brist på fysisk aktivitet i vardagen.

Hälsoinsikt och livskvalitet

Flera studier har funnit att deltagarna var väl införstådda över sin mindre hälsosamma livsstil. Deras fysiska och mentala livskvalitet var signifikant lägre än hos kontrollgrupperna. Flertal av deltagarna hade en önskan om att förhindra en ökning av vikt samt diabetes. Ett behov identifierades av stöd och utbildning för att uppnå en förbättrad diet, fysisk aktivitet samt viktninskning (Sameby et al., 2017; Sugawara et al., 2016; Vancampfort et al., 2011; Heald et al., 2017; Lappin et al., 2018). Slutsatsen av Sugawara (2016) var att behov av utbildning och kontinuerligt stöd under behandlingen fanns hos personer med schizofreni.

Diskussion

Metoddiskussion

En litteraturstudie har valts för att få en strukturerad bild över den senaste forskningen i det studerade ämnet, för att sedan koppla det till sjuksköterskans profession i det omvårdsrelaterade arbetet.

Problemområdet identifierades genom diskussioner mellan studiens författare. Syftet formades efter samtal med handledare men ändrades efter djupare inläsning i problemområdet. Översiktsartiklar, kurslitteratur samt Socialstyrelsens riktlinjer lästes genom narrativ läsning och därefter formades en bakgrund i olika teman som leder in till resultatet. Detta för att ha en god grund och utgångspunkt.

Det var väsentligt att resultatdelen behandlade syftet samt frågeställningarna, det skulle finnas en röd tråd och därav skapades sökorden till en början från syftet. Efter sökningar och samtal med aktiva forskare väl insatta i ämnet ändrades några av sökorden. En noga bearbetning av sökorden utfördes. En medvetenhet fanns angående risken att kombinera söktermer i kombination med boolesk operator så som AND, då de kan utesluta relevanta träffar, vilket skulle kunna ha en påverkan på det uppnådda resultatet. En övervägning gjordes, då det blev ett hanterbart antal träffar samt studier av god kvalitet påträffades användes AND. Den sista sökningen som gjordes, *se tabell 2*, gav flertal träffar som var relevanta för studiens innehåll. Det valdes dock enbart en studie från denna sökningen Heald et al. (2017), detta för att flera av artiklarna hade behandlade samma innehåll som tidigare funna artiklar. Vi valde artikeln då det var en av de senast publicerade. Samtal med aktiva forskare resulterade till studier som har använts i resultatet. Kvalitetsbedömning och användning av granskningsmall har använts lika i samtliga studier. En medvetenhet angående en eventuellt partisk sida från forskarna har diskuterats då de rekommenderar sina studier. Kvalitetsgranskningen möjliggjorde sedan en struktur över bedömningen av artiklarnas resultat på ett vetenskapligt godtagbart vis. En ständig diskussion angående den kritiska granskningen har skett och artiklarna har bearbetats grundligt. Artiklar vars metodbeskrivning varit otydlig och inte haft etiskt godkännande har uteslutits.

Både kvantitativa samt kvalitativa artiklar inkluderades, då resultat från olika synvinklar och metoder som svarade mot syftet efterfrågades. Under analysprocessen framkom temana som blev utgångspunkten för resultatdelen.

Ett flertal intressanta studier från både rekommendationer och sökningar hade fokus på neuroleptika. De lades till då behandlingen är en avgörande bidragande faktor för problemområdet och inkluderades således i studien. Syftet med detta var att bli insatt i ämnet och kunna ha en diskussion gällande medicinering med personen och på så sätt få en samlad patientbild.

En begränsning som användes i databassökningar var att artiklarna inte fick vara äldre än tio år i avsikt att hitta senaste forskning. Äldre artiklar har använts i studien, dessa hittades via den manuella sökningen. De har tagits med då de har bedömts fortfarande vara aktuella samt behandlat syfte och frågeställning. Både studier på nydiagnostiserade och de som har levt med sjukdomen ett tag användes för att få en bild över förloppet och utvecklingen av personernas sjukdomsbild. Vissa studier är gjorda i en annan kulturell kontext, se bilaga 1, vilket möjligtvis inte är applicerbart i västvärlden. Kriterierna för de olika diagnoserna som beskrivs i resultaten kan skilja sig åt och därav kan resultaten vara olika. Detta kan påvisas vara en nackdel för betydelsefullheten i resultatet men ett globalt perspektiv uppnås.

Etiska ställningstaganden

Samtliga studier har bedömts vara godtagbara från ett vetenskapligt perspektiv baserat på etiska diskussioner samt etiskt godkännande av etiska kommittén eller likvärdigt. Ingen av studierna saknar etiska resonemang eller ett stycke som informerar om att den är godkänd av den etiska kommittén. Alla uppfyller kraven utifrån vår kvalitetsgranskning. Utifrån vad som har identifierats har en bedömning gjorts utifrån tidskrift och metod.

Resultatdiskussion

Personer med schizofreni har en ökad förekomst av det metabola syndromet och en ökad risk för kardiovaskulära sjukdomar. De har även svårigheter att upprätthålla en hälsosam livsstil och detta kan ge negativa följder i den somatiska hälsan. En kartläggning över gruppens livsstilsvanor har visat ett omfattande förändringsbehov för att minska risken för att utveckla somatisk ohälsa och leda till en för tidig död.

Flera studier visade att personer med schizofreni har en hög förekomst av metabolt syndrom, kardiovaskulär sjukdom och att de har kortare livslängd. Resultatet visade att metabola syndromet är mer förekommande hos kvinnor och äldre personer. En orsak till detta diskuteras inte i artiklarna, vilket visar behov av forskning i detta område. Socialstyrelsen har uppmärksammat detta. Regelbundna kontroller av metabola riskfaktorer med blodprov och fysisk undersökning har prioritet 1 i Socialstyrelsens riktlinjer för att förebygga och behandla fysisk ohälsa med syftet att tidigt upptäcka riskfaktorer (Socialstyrelsen 2018). Stöd från vården i kontakter med personer i behov av somatisk vård har enligt rekommendationerna prioritet 2. Sjuksköterskan har en viktig funktion i arbetet med att följa upp att dessa kontroller görs och vara stöd i kontakten med somatisk sjukvård.

Det är vanligt förekommande att personer med schizofreni har ett stort riskbruk av dagligt intag av cigaretter (Heald et al., 2017; Lappin et al., 2018; Cohn et al., 2004). I den kliniska vardagen är rökning frekvent observerat hos personer med schizofreni trots att personerna oftast är medvetna om konsekvenserna som det kan komma att medföra (Sugawara et al., 2016). Matsson (2014) beskriver att personer med schizofreni ofta utvecklar ett stort beroende och andelen som slutar röka är låg. Rökning påverkar kroppen negativt då det utgör en ökning av insulinresistensen samt ökar risken för komplikationer kopplat till det metabola syndromet. Rökningen ökar också en risk för andra somatiska sjukdomar och påverkar dödligheten hos personer med schizofreni (Brown, Inskip och Bara Aclough, 2000; Socialstyrelsen 2009).

Ett avvänjningsprogram innehållande vägledning och stöd kan möta personer med schizofrenins behov (Pack 2009). Steinberg et al. (2004) menar att det är viktigt att just motivera personen att sluta röka på grund av att det finns ett flertal negativa konsekvenser med rökning. Socialstyrelsen (2018) anger i sina rekommendationer prioritet 2 när det gäller läkemedelsinterventioner för att främja rökfrihet. Personer med stort tobaksberoende söker oftare hjälp efter ett motiverande samtal än utbildande samtal och allmänna råd (Steinberg, Ziedonis, Krejci, Brandon & Sobell, 2004). Det har visats att rådgivande eller kvalificerade rådgivande samtal har en stor effekt på rökstopp (Socialstyrelsen, 2018). Det som försvårar är att studier har visat att det finns motstånd bland vårdpersonal för att bryta det negativa mönstret. De menar att de inte vill ta bort rökningen från personerna då rökningen ofta anses vara det enda nöjet patienterna har (Pack, 2009).

Det finns ett riskbruk av alkohol hos personer med schizofreni (Lappin et al., 2018; Helad et

al., 2017). Matsson (2014) menar att hela 50% av patientgruppen missbrukar alkohol. Trots att det finns en nolltolerans mot alkohol i slutenvården ligger problemet i hur personerna ska upprätthålla en alkoholfri vardag i hemmet, då det är vanligt att missbruket återgår i hemmiljön. En ohälsosam livsstil kan relatera till en förtidig död och det är viktigt att arbeta med utbildning och motivation för att förbättra personens hälsa (Pack, 2009). Att arbeta med motiverande samtal har en större påverkan för personer att minska sin alkoholkonsumtion enligt Graber, Moyers, Griffith, Guajardo och Tonigan (2013) än att bara arbeta informativt om de negativa effekterna. Socialstyrelsen (2018) ser dock bara en liten effekt av motiverande samtal och att minska personers alkoholkonsumtion.

Den låga förekomsten av fysisk aktivitet är en riskfaktor för det metabola syndromet (Nyboe et al, 2015). Om det metabola syndromet ska motverkas behövs en ökad fysisk aktivitet ske generellt i patientgruppen. Det beskrivs även att det finns behov av stöd för att upprätthålla en kontinuerlig fysisk aktivitet i vardagen (Vancampfort et. al 2011). När fysisk aktivitet inkluderas i vardagen i 30 minuter, minst fem dagar i veckan, resulterar det i att blodtrycket, blodsockret och blodfetterna sänks och samtidigt bidrar det till viktninskning (Socialstyrelsen, 2009). Detta motverkar metabola syndromet och därmed kardiovaskulära sjukdomar som utgör en stor dödlighet i patientgruppen.

Det behövs alltså livsstilsförändringar och interventioner som motiverar individen till att leva hälsosammare (Gandhi, Gurusamy, Damodharan, Ganesan & Palaniappan, 2019).

Patientgruppen har svårt gällande engagemang till fysisk aktivitet. De fanns ingen motivation att engagera sig i lättare fysisk aktivitet exempelvis promenader (Stubbs, 2016). Motiverande samtal har visats vara effektivt för personer att öka sin fysiska aktivitet (Socialstyrelsen, 2018). Methapatara & Srisurapanon (2011) visar i sin studie att kombinationen av motiverande samtal och fysisk aktivitet är en effektiv metod för personer med schizofreni att reducera sin kroppsvikt och BMI.

Det förekommer ohälsosamma kostvanor i patientgruppen och det kan komma att ha negativa följder hos personernas hälsa (Lappin et al., 2018; Helad et al., 2017). Detta beskriver också Pack, (2009) då han konstaterar att den ohälsosamma dieten patientgruppen generellt har bidrar till ökad prevalens av diabetes och det metabola syndromet som i sin tur bidrar till kardiovaskulära sjukdomar. Kliniska erfarenheter visar att de är ofta förekommande att personer beställer hem onyttig mat. Det diskuteras flera orsaker till att personerna förtär en ohälsosam diet, faktorer som diskuteras är den höga förekomsten av arbetslöshet och dålig ekonomi (Pack, 2009). Socialstyrelsen (2009) ser att en hälsosam kost som innehåller frukt, grönsaker, fibrer och är fettsnålt resulterar i viktninskning och en sänkning av blodtrycket, blodsockret och blodfetterna. Detta hjälper då personerna undvika utveckling av somatisk ohälsa.

Det är viktigt att ha en medvetenhet om att suget efter mat kan komma att vara en biverkning från neuroleptika. Utifrån hur personens problematik gällande kost karakteriseras krävs alltså olika förhållningssätt och prioriteringar. Det har även visats att rådgivande och kvalificerade rådgivande samtal har en stor effekt på förändring av matvanor (Socialstyrelsen, 2018).

Neuroleptikabehandling har prioritet 1 i de nationella riktlinjerna för behandling av schizofreni (Socialstyrelsen 2018). En biverkan är påverkan på den somatiska hälsan (Padmavat et al., 2010; Vancampfort et al., 2011). Det fanns en positiv inställning hos personerna med schizofreni angående att förstå hur medicinen påverkar den somatiska hälsan

(Södberg et al., 2010). Det finns dock patienter som motsätter sig medicineringen då det är vanligt att en negativ bild över situationen skapas på grund av biverkningarna. Dessa biverkningar kan innebära viktuppgång och negativa metaboliska effekter (Socialstyrelsen, 2018; Noboe, 2015).

Det är viktigt att ge personerna kunskap om medicineringen då det är en livsviktig behandling för återhämtningen av sjukdomen. Det underlättar nämligen för personerna att vara motiverade och då kunna delta i återhämtningsrelaterade insatser som gynnar deras hälsa (Socialstyrelsen, 2018). Tiihonen (2017) visar i sin studie att kontinuerlig neuroleptikabehandling via injektion minskar risken för återfall och minskar dödligheten. Behandling med Clozapine som injektionsbehandling visade att återfallen var 20% till 30% lägre än oral medicinering.

För att sjuksköterskan ska kunna arbeta med att ändra livsstilen hos personerna behöver de alltså vara stabila i sin grundsjukdom. Neuroleptika bidrar till metabola syndromet men är nödvändigt. Detta utgör en situation där behandling, stöd och motivation krävs gällande livsstilen för att motverka försämrade somatisk ohälsa. Brosnan, Barror och Sahn (2012) ser ett samband med låg hälsolitteracitet och hög dos av Clozapine, vilket kräver att sjuksköterskan måste ta hänsyn till detta för att kunna ge rätt information. Detta för att hjälpa personerna att få en bättre livsstil och undvika biverkningarna av medicineringen

Nämnda faktorer i livsstilen i samband med varandra bidrar till en stor påverkan på den somatiska hälsan. Alltså behövs ett effektivt tillvägagångssätt som fungerar för patientgruppen användas för att minska de ohälsosamma livsstilsfaktorerna, och på det viset minimera risken för somatisk ohälsa och dödlighet.

Personer med schizofreni har andra förutsättningar gällande att hitta motivation och arbeta med förändringar mot ett mål på grund utav deras kognitiva funktionsnedsättning. Förutsättningarna för att arbeta med att förändra livsstilsfaktorer med denna patientgrupp skiljer sig då diagnosen kan karaktäriseras av olika behov och återfall av psykotiska perioder. Därför behöver sjuksköterskan vara medveten om det. På grund av deras förutsättning beskrivs ett behov av stöd för goda hälsovanor som ska komma att kunna förbättra faktorer som påverkar hälsan negativt (Keller-Varady et al., 2016; Sameby et al., 2008). En annan faktor som gör det svårt för personer med en allvarlig psykisk sjukdom att få tillgång till somatisk vård är hålet som finns mellan organisationerna i vården. Det verkar vara svårt för sjukvårdssystemet att hantera dessa patienter och deras somatiska samsjuklighet. Det behövs en omstrukturering i organisationerna, där systemen samarbetar och där personal blir utbildade om somatiska sjukdomar bland psykiatripatienter (Björk Brämberg et al., 2018).

Personer med schizofreni har på grund av sina negativa symtom kognitiva svårigheter, där funktioner som inlärning, omdöme och resonering kan vara nedsatta. Dessa personer kan ha svårigheter att ta initiativ till förändring i sin livsstil men ändå vara motiverade (Lund & Möller, 2011). Hälsolitteracitet handlar just om personens förmåga att förstå och använda sig av information för att bland annat bibehålla sin hälsa. I vården handlar det om hur personernas följsamhet är gällande läkemedelsordinationer och behandlingar (Mårtensson & Hensing, 2009). Kim et al., (2019) såg i sin studie att personer som hade en låg nivå av hälsolitteracitet inte gick på sina rutinmässiga medicinska kontroller och hade dålig fysisk hälsa. De såg även att personerna med schizofreni hade en större oro över de psykiska problemen än de somatiska, och kände därför inte igen somatiska behandlingar. En förklaring till detta menar Kim et al., (2019) är på grund av de kognitiva nedsättningarna som schizofreni innebär. Att

personer med schizofreni har en låg hälsolitteracitet såg även Brosnan et al., (2012) ett samband mellan hög eller låg dos av Clozapine. De med hög dos av läkemedlet hade en lägre nivå av hälsolitteracitet. Brosnan et al., (2012) såg alltså att de med lägre dos av läkemedlet hade en högre hälsolitteracitet och menar att det viktigt att ta hänsyn till detta för att kunna ge rätt information. I och med de kognitiva funktionsnedsättningarna och den låga hälsolitteraciteten hos personer med schizofreni behövs metoder för att på bästa sätt nå dessa personer.

Det fanns en insikt hos majoriteten av personerna med schizofreni om sin ohälsosamma livsstil och vad det kan medföra. I och med att personerna i studierna har en insikt i sin situation finns potential och förutsättningar att förbättra livsstilen med livsstilsinterventioner (Sameby et al., 2008; Sugawara et al., 2016; Vancampfort et al., 2011; Heald et al., 2017; Lappin, et al., 2018). På grund av låg hälsolitteracitet kan personerna dock ha svårt att göra dessa ändringar och det är där sjuksköterskan ska kopplas in. Sjuksköterskan ska genom sin kompetens främja hälsa och förebygga ohälsa (Svenska sjuksköterskeförbundet, 2017) och då personer med schizofreni lider av en ohälsa både psykiskt och fysiskt är viktigt att sjuksköterskan ser hela människan och arbetar med de verktyg som fungerar bäst i den aktuella situationen.

Sjuksköterskan ska genom personcentrerat arbetssätt arbeta fram en delaktighet under vårdprocessen. Detta för att personen ska bygga upp förmågan att ta egna hälsofrämjande beslut och på så vis stärka hälsan och välbefinnandet. Genom detta stärks personens empowerment (Fors, 2014).

Hälso- och sjukvården bör enligt Socialstyrelsens (2018) rekommendationer, erbjuda rådgivande eller kvalificerade rådgivande samtal, där motiverande samtal ingår, med personer som har schizofreni. I samband med de årliga kontrollerna för metabola riskfaktorer bör sjuksköterskan genomföra hälsosamtal (VGR, 2019). Det finns även olika psykiatriska personcentrerade verktyg som sjuksköterskan kan använda för att förbättra hälsan. Motiverande samtal (MI) för att motivera personen till att förändra sin livsstil (Drevenhorn, 2006, Tingström 2014). Det vore därför bra att implementera motiverande samtal tidigt i behandlingen av personer som nyligen diagnostiserats med schizofreni för att motverka negativa livsstilsvanor. Det ska hjälpa personerna att ta kontroll över sin situation. Som tidigare nämnt har motiverande samtal en positiv påverkan på rökvanor, alkoholkonsumtion, dåliga matvanor och fysisk aktivitet (Socialstyrelsen, 2009; Steinberg et al., 2004; Graber et al., 2013; Methapatara & Srisurapanon, 2011). Ertemoch & Duman (2019) har också sett att både följsamheten och insikten har ökat hos personer med schizofreni just för att de fått motiverande samtal. Både när det gäller insikten om sin sjukdom och kunna urskilja de psykotiska symtomen som onormala samt följsamheten kring behandling och medicinering. Neurokognitiv rehabilitering (NKR) och Integrerad psykologisk terapi (IPT-k) är två träningsmetoder som används för att förbättra personer med schizofrenins kognitiva funktion. Båda metoderna arbetar för att förbättra flexibilitet, minne och planeringsförmåga och för att förbättra sociala situationer, där mänskligt samspel krävs (Lundin & Mellgren, 2012). Forskning har visat att dessa metoder har en positiv påverkan på de negativa symtomen hos personer med schizofreni, där de har sett en positiv förbättring på de kognitiva funktionerna (Roder, Mueller & Schmidt, 2011; Cella, Preti, Edwards, Dow & Wykes, 2017).

Ovanstående metoder bör användas av sjuksköterskan för att arbeta förebyggande och minska förekomsten av ohälsosamma livsstilsvanor som kan komma att medföra metabolt syndrom och kardiovaskulära sjukdomar.

Slutsats

Personer med schizofreni dör i förtid av kardiovaskulära sjukdomar ofta på grund av att de utvecklar metabola syndrom. De utvecklar det metabola syndromet på grund av sin livsstil och den medicinska behandling som innefattar neuroleptika. Motiverande samtal, NKR och IPT-k är metoder sjuksköterskan kan använda sig av för att stödja personerna att stärka empowerment och därmed förbättra sin livsstil. Om metabola syndromets utveckling hindras minskar risken för kardiovaskulära sjukdomar som idag utgör den för tidiga dödligheten. Det som försvårar är deras kognitiva funktionsnedsättning som präglas av låg hälsolitteracitet. Det behövs mer forskning som behandlar sjuksköterskans arbete i att stödja personer med schizofreni och effektiva tillvägagångssätt utifrån deras kognitiva funktionshinder.

Referenslista

- Bobes J, Arango C, Garcia-Garcia M, Rejas J, Bobes, J., Arango, C., ... Rejas, J. (2010). Healthy lifestyle habits and 10-year cardiovascular risk in schizophrenia spectrum disorders: an analysis of the impact of smoking tobacco in the CLAMORS schizophrenia cohort. *Schizophrenia Research*, 119(1–3), 101–109.
<https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.schres.2010.02.1030>
- Björk Brämberg, E., Torgerson, J., Norman Kjellström, A., Welin, P., & Rusner, M. (2018). Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: A qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care. *BMC Family Practice*, 2018, Vol. 19, 19
DOI: 10.1186/s12875-017-0687-0
- Bredin, S., Warburton, D., & Lang, D. (2013). The health benefits and challenges of exercise training in persons living with schizophrenia: A pilot study. *Brain Sciences*, 3(2), 821-48.
DOI: 10.3390/brainsci3020821
- Brosnan, S., Barron, E., & Sahm, L. (2012). Health literacy and the Clozapine patient. *Perspectives in Public Health*, 132(1), 39-42.
DOI: 10.1177/1757913911431038
- Brown, S., Inskip, H., & Barraclough, B. (2000). Causes of the excess mortality of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 177, 212-7.
- Cella, M., Preti, A., Edwards, C., Dow, T., & Wykes, T. (2017). Cognitive remediation for negative symptoms of schizophrenia: A network meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 52, 43-51.
DOI: 10.1016/j.cpr.2016.11.009
- Cohn, T., Prud'Homme, D., Streiner, D., Kameh, H., & Remington, G. (2004). Characterizing Coronary Heart Disease Risk in Chronic Schizophrenia: High Prevalence of the Metabolic Syndrome. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(11), 753-760.
DOI: 10.1177/070674370404901106
- Drevenhorn, E. (2006). *Conselling patient with hypertension at health centres - a nursing perspective*. (Doktorsavhandling). Göteborg: institute of health and care sciences, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet.

- Ertem, M-Y, & Duman, Z-C. (2019). The effect of motivational interviews on treatment adherence and insight levels of patients with schizophrenia: A randomized controlled study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(1), 75–86.
DOI: 10.1111/ppc.12301
- Fors, A., (2014) Personcentrerade samtal inom hälsopromotivt arbete. I I. Ekman (red). Personcentrerad inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik (s. 226–244). Liber: Stockholm.
- Friberg, F., (2017) Att utforma ett examensarbete. I F. Friberg (red). Att göra en litteraturoversikt. (s. 141–151). Studentlitteratur: Lund
- Friberg, F., (2017) Att utforma ett examensarbete. I F. Friberg (red). Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbete. (s. 83–96). Studentlitteratur: Lund
- Gandhi, S., Gurusamy, J., Damodharan, D., Ganesan, V., & Palaniappan, M. (2019). Facilitators of healthy life style behaviors in persons with schizophrenia—A qualitative feasibility pilot study. *Asian Journal of Psychiatry Volume* 40(), 3-8
DOI: 10.1016/j.ajp.2019.01.003
- Graeber, D., Moyers, A., Griffith, T., Guajardo, B., & Tonigan, G. (2003). A Pilot Study Comparing Motivational Interviewing and an Educational Intervention in Patients with Schizophrenia and Alcohol Use Disorders. *Community Mental Health Journal*, 39(3), 189-202.
DOI: 10.1023/A:1023371705506
- Heald A., Pendlebury J., Anderson S., Narayan V., Guy M., Gibson M, . . . Livingston M. (2017). Lifestyle factors and the metabolic syndrome in Schizophrenia: A cross-sectional study. *Annals of General Psychiatry*, 16(1), 12.
DOI: 10.1186/s12991-017-0134-6
- Keller-Varady, K., Hasan, A., Schneider-Axmann, T., Hillmer-Vogel, U., Adomßent, B., Wobrock, T., . . . Malchow, B. (2016). Endurance training in patients with schizophrenia and healthy controls: Differences and similarities. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(5), 461-473.
DOI: 10.1007/s00406-015-0651-8
- Kim, S-W., Park W-Y., Jhon, M., Kim, M., Lee, J-Y., Kim, S-Y., Kim, J-M., . . . Yoon, J-S. (2019). Physical Health Literacy and Health-related Behaviors in Patients with Psychosis. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 17(2), 279-289.
DOI: 10.9758/cpn.2019.17.2.279

- Lappin, J. M., Wijaya, M., Watkins, A., Morell, R., Teasdale, S., Lederman, O., ... Curtis, J. (2018). Cardio-metabolic risk and its management in a cohort of clozapine-treated outpatients. *Schizophrenia Research*, 199, 367–373. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.schres.2018.02.035>
- Lottenberg, A M., Afonso, M., Lavrador, M., Machado, R. & Nakandakare, E R. (2012). The role of dietary fatty acids in the pathology of metabolic syndrome. *The Journal of Nutritional Biochemistry*, 23(9), 1027–1040
DOI: [10.1016/j.jnutbio.2012.03.004](https://doi.org/10.1016/j.jnutbio.2012.03.004)
- Lundin, L., Möller, N., (2012) Kognitiva funktionsstörningar. I L. Lundin & Z. Mellgren (red). *Psykiska funktionshinder-stöd och hjälp vid kognitiva funktionshinder*. (s. 99–163). Studentlitteratur: Lund
- Lundin, L., Mellgren, z., (2012) Arbetsmetoder och hjälp vid bedömning. I L. Lundin & Z. Mellgren (red). *Psykiska funktionshinder-stöd och hjälp vid kognitiva funktionshinder*. (s. 209–236). Studentlitteratur: Lund
- Malchow, B., Keller, C., Hasan, A., Dörfler, S., Schneider-Axmann, T., Hillmer-Vogel, U., . . . Falkai, P. (2015). Effects of Endurance Training Combined with Cognitive Remediation on Everyday Functioning, Symptoms, and Cognition in Multipisode Schizophrenia Patients. *Schizophrenia Bulletin*, 41(4), 847–858.
DOI: [10.1093/schbul/sbv020](https://doi.org/10.1093/schbul/sbv020)
- Malm, U., Lindström E., & Wieselgren I-M., (2010) Schizofrena syndrom och likartade psykoser. I J. Herlofson, L. Ekselius, L-G. Lundh, A. Lundin, B. Mårtensson, M. Åsberg (red). *Psykatri* (s. 284–303). Studentlitteratur: Lund
- Matsson, M., (2014) Psykoser. I I. Skärsäter (red). *omvårdnad vid psykisk ohälsa- på grundläggande nivå*. (s. 129-156). Studentlitteratur: Lund
- Methapatara, W., & Srisurapanont, M. (2011). Pedometer walking plus motivational interviewing program for Thai schizophrenic patients with obesity or overweight: A 12-week, randomized, controlled trial. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65(4), 374–380.
DOI: [10.1111/j.1440-1819.2011.02225.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2011.02225.x)
- Mårtensson, L. & Hensing, G. (2009). Förmågan att förvärva, förstå och använda information om hälsa [Elektronisk resurs]: en introduktion till begreppet hälsolitteracitet. Göteborg: Sahlgrenska Akademien, Göteborgs universitet

- Nyboe, L., Vestergaard, C H., Moeller, M.K., Lund, H., & Videbech P. (2015). Metabolic syndrome and aerobic fitness in patients with first-episode schizophrenia, including a 1-year follow-up. *Schizophrenia Research*, 168(1-2), 381-387.
DOI: 10.1016/j.schres.2015.07.053
- Pack S. (2009). Poor physical health and mortality in patients with schizophrenia. *Nursing Standard*, 23(21), 41–45. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105446997&site=ehost-live>
DOI: 10.7748/ns2009.01.23.21.41.c6767
- Padmavati, R., Mccreadie, R., & Tirupati, S. (2010). Low prevalence of obesity and metabolic syndrome in never-treated chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 121(1), 199–202.
DOI: 10.1016/j.schres.2010.05.010
- Socialstyrelsen (2018). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd: stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Ringen, P., Engh, J., Birkenaes, A., Dieset, I., & Andreassen, O. (2014). Increased mortality in schizophrenia due to cardiovascular disease - a non-systematic review of epidemiology, possible causes, and interventions. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 137.
DOI: 10.3389/fpsy.2014.0013
- Roder, V., Mueller, D., & Schmidt, S. (2011). Effectiveness of Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia Patients: A Research Update. *Schizophrenia Bulletin*, 37(Suppl2), S71-S79.
DOI: 10.1093/schbul/sbr072
- Sameby, B., Söderberg, H., Hedström, M., & Waern, M. (2008). Health improving measures for patients suffering from psychosis; development of treatment methods and an intervention program. *Vård I Norden (trykt Utg.)*, 28(4), 29–33.
- Sandman, L., Kjellström, S., (2018) *Etikboken: etik för vårdande yrken*. Studentlitteratur: Lund
- Scheewe, T., Backx, F., Takken, T., Jörg, F., Strater, A., Kroes, A., . . . Cahn, W. (2013). Exercise therapy improves mental and physical health in schizophrenia: A randomised controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(6), 464-473.
DOI: 10.1111/acps.12029

Schmitt, A., Maurus, I., Rossner, M., Röh, A., Lembeck, M., Von Wilmsdorff, M., . . . Falkai, P. (2018). Effects of Aerobic Exercise on Metabolic Syndrome, Cardiorespiratory Fitness, and Symptoms in Schizophrenia Include Decreased Mortality. *Frontiers in Psychiatry*, 9, *Frontiers in Psychiatry*, 12/21/2018, Vol.9.
DOI: 10.3389/fpsy.2018.00690

Socialstyrelsen (2018). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor: stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelse

Socialstyrelsen. (2014). *Öppna jämförelser 2014, Jämlik vård. Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2013). *Nationell utvärdering 2013 - vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni: indikatorer och underlag för bedömningar*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen

Steinberg, M., Ziedonis, D., Krejci, J., Brandon, T., & Sobell, M. (2004). Motivational Interviewing with Personalized Feedback: A Brief Intervention for Motivating Smokers with Schizophrenia to Seek Treatment for Tobacco Dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 723-728.
DOI: 10.1037/0022-006X.72.4.723

Sugawara, N., Yasui-Furukori, N., Yamazaki, M., Shimoda, K., Mori, T., Sugai, T., . . . Someya, T. (2016). Attitudes toward metabolic adverse events among patients with schizophrenia in Japan. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 427–36.
DOI: 10.2147/NDT.S98711

Svensk sjuksköterskeförening [SSF] (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: svensk sjuksköterskeförening.

Strömberg, G., & Westman, G. (1998). Psykiskt störda får bristfällig somatisk vård: Psykiatri och primärvård bör dela ansvaret. *Läkartidningen*, (18), 2097–2099.

- Stubbs, B., Firth, J., Berry, A., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., Gaughran, F., ... Vancampfort, D. (2016). How much physical activity do people with schizophrenia engage in? A systematic review, comparative meta-analysis and meta-regression. *Schizophrenia Research*, 176(2/3), 431–440. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.schres.2016.05.017>
- Tiihonen, J., Mittendorfer-Rutz, E., Majak, M., Mehtälä, J., Hoti, F., Jedenius, E., . . . Taipale, H. (2017). Real-World Effectiveness of Antipsychotic Treatments in a Nationwide Cohort of 29 823 Patients with Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*, 74(7), 686–693. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.1322
- Tingström, P., (2014) Information och utbildning. I F. Friberg och J. Öhlén (red). *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt.* (s. 595–617). Studentlitteratur: Lund
- Vancampfort, D., De Hert, M., Stubbs, B., Ward, P-B., Rosenbaum, S., Soundy, A., & Probst, M., (2015). Negative symptoms are associated with lower autonomous motivation towards physical activity in people with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 128-132. DOI: 10.1016/j.comppsy.2014.10.007
- Vancampfort, D., Probst, M., Scheewe, T., Maurissen, K., Sweers, K., Knapen, J., & De Hert, M. (2011). Lack of physical activity during leisure time contributes to an impaired health related quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 129(2-3), 122-127. DOI: 10.1016/j.schres.2011.03.018
- VGR (2019) *Regional medicinsk riktlinje. Psykos - Utredning och behandling* Västra götalandregionen: VGR
- WHO (u.å.) Track 2: Health literacy and health behaviour. Hämtad: 2019-03-10, från Världshälsoorganisationen, <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>
- Östlund, L. (2017) Informationssökning. I F. Friberg (red). *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbete.* (s. 60–82). Studentlitteratur: Lund

Bilaga 1. Artikelsammanfattning

Artikels namn författare publiceringsår land	Syfte	Metod och urval	Resultat	Kommentarer om kvalitet
<p><i>Healthy lifestyle habits and 10-year cardiovascular risk in schizophrenia a spectrum disorders: an analysis of the impact of smoking tobacco in the CLAMORS schizophrenia cohort.</i></p> <p>Bobes J, Arango C, Garcia-Garcia M, Rejas J, Bobes, J., Arango, C., ... Rejas, J. (2010).</p> <p>Spanien</p>	<p>Syftet var att analysera påverkan av tobak över flera hälsosamma livsstilsvanor för att se hur det påverkar den 10-åriga risken för kardiovaskulära sjukdomar hos personer med schizofreni.</p>	<p>Analys från tidigare retrospektiv, tvärsnittsstudie där Inklusionskriterierna var patienter med schizofreni. Information om rökvanor och även andra vanliga livsstilsvanor samlades in. Den tio-åriga risken för kardiovaskulärsjukdom räknades ut genom Framingham funktionen. Oddsratio 95% användes i analysmetoden och även ANCOVA. 1704 patienter mellan 18 – 74 deltog.</p>	<p>Resultatet visar att rökning var hela 55,4% mer förekommande hos de i studien än normalpopulationen. Även hade de som rökte en större konsumtion av alkohol dagligen. De tränade även mindre än normalpopulationen.</p>	<p>Medel</p> <p>Har etisk godkännande.</p> <p>Stort urval. Flertal signifikanta resultat.</p>
<p><i>The health benefits and challenges of exercise training in persons living with schizophrenia: A pilot study.</i></p> <p>Bredin, S., Warburton, D., & Lang, D. (2013)</p>	<p>Syftet var att undersöka det effektivaste sättet över att utvärdera hälsorelaterade faktorer för personer som lever med schizofreni.</p>	<p>En fullständig kontroll gällande fysisk kondition gjordes. Kroppssammansättning, blodtryck, hjärtfrekvens samt aerob träning. Det togs även lipidstatus för att identifiera utmaningarna i träningspasset hos patientgruppen.</p>	<p>Personer som lever med schizofreni har en ökad risk för hjärt-metabolisk sjukdom. Ett individuellt träningsprogram har visat effektivt för behandling av schizofreni och de olika kognitiva, funktionella och fysiologiska funktionshinder som påverkar personernas hälsa och välbefinnande.</p>	<p>Medel</p> <p>Låg sparsamt redovisat tillvägagångssätt .</p> <p>Etisk godkännande av Helsingforsdeklarationen.</p>

Kanada.				
<p><i>Causes of the excess mortality of schizophrenia</i></p> <p>Brown, S; Inskip, H; Barraclough, B. (2000)</p> <p>England</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka orsaken till överdödlighet hos en population med schizofreni.</p>	<p>En kohortstudie. 370 personer med diagnosen schizofreni och hade kontakt med en psykiatrisk enhet inkluderades. De följdes under 13 år och sista året klassificerades de som "Levande, döda eller ospårbara".</p> <p>De tog fram en Standardiserad mortalitetskvot (SMR) och jämförde olika effekter, t.ex. rökning med SMR i två grupper.</p>	<p>63% av dödligheten var orsakad av naturliga dödsfall. 33% var dödsfall orsakade av onaturliga orsaker. 14 av 19 onaturliga dödsfall var orsakat av självmord.</p> <p>Den enda signifikanta skillnaden kunde man se hos personer som rökte.</p>	<p>Medel</p> <p>Bra bevisvärde på grund av att det är en kohortstudie.</p> <p>Etiskt godkännande finns.</p>
<p><i>Characterizing Coronary Heart Disease Risk in Chronic Schizophrenia: High Prevalence of the Metabolic Syndrome</i></p> <p>Cohn, T., Prud'Homme, D., Streiner, D.,</p>	<p>Syftet med studien var att kartlägga förekomsten och karaktären av hjärt-kärlsjukdom hos personer med schizofreni.</p>	<p>240 personer som hade diagnosen schizofreni jämfördes med en kontrollgrupp, personer som slumpvis valts ut för att matcha studiedeltagarna i ålder och kön. Personerna från kontrollgruppen kom från en databas som gjorts i Kanada för att kartlägga</p>	<p>Resultatet visade att det fanns en ökad risk för hjärtinfarkt hos män med schizofreni inom 10 år jämfört med referenspopulationen. Ingen skillnad såg man hos det kvinnliga könet.</p> <p>Majoriteten av både män och kvinnor med schizofreni rökte vilket är en</p>	<p>Medel.</p> <p>Inga bortfall rapporterades.</p> <p>Synd att de behövde ta BMI jämförelse med en annan nation, då allt annat baserades på populationen i Kanada.</p>

<p>Kameh, H., & Remington, G (2004)</p> <p>Kanada</p>		<p>hjärthälsan hos populationen.</p> <p>Rökvanor av studiedeltagarna rapporterades själv och verifierades av omvårdnadspersonal. Vikt, längd och BMI var kalkylerade på sjukhusets sätt. Blodtryck mättes sittande. De fick fasta före blodprover.</p> <p>De använde Framingham riskscore för att beräkna risken för hjärtinfarkt inom 10 år. Även t-test, ANOVA använde.</p> <p>För att jämföra metabola syndromet användes en studie från USA, då det inte fanns den informationen av kontrollgruppen i databasen.</p>	<p>riskfaktor för hjärt-kärlsjukdomar.</p> <p>Det man huvudsakligen kom fram med av studien var att personer med schizofreni har en ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar jämfört med den generella populationen. Riskfaktorerna som finns är just mycket rökning och metabola syndromet.</p>	<p>Gammal artikel.</p> <p>Deltagarnas data i kontrollgruppen samlades in mellan 1986–1990, medan studiedeltagarna samlades in mellan 1999–2000.</p> <p>Populationen kan se annorlunda ut idag</p> <p>Tydlig beskriven metod.</p> <p>Har etiskt tillstånd.</p>
<p>Lifestyle factors and the metabolic syndrome in Schizophrenia: a cross-sectional study.</p> <p>Heald A., Pendlebury J., Anderson S., Narayan V., Guy M., Gibson M, . . . Livingston M. (2017)</p>	<p>Syftet var att bedöma livsstilsfaktorer, inklusive kost och motion hos personer med schizofreni, samt uppskatta förekomsten av det metaboliska syndromet.</p>	<p>En tvärsnittsstudie av en grupp på 32 personer som har schizofreni i Salford i Storbritannien.</p> <p>En intervju med kompletterande frågeformulär utfördes för att bedöma gruppens kost, fysiska aktivitet, rökning och alkoholkonsumtionen. Likert scales användes för att bedöma personerna egna uppfattning av sin kost och fysisk</p>	<p>Resultatet visar en hög förekomst av ohälsosam kost, rökning och otillräcklig fysisk aktivitet. personerna följer inte rekommendationer för intag av frukt, grönsaker samt fysisk aktivitet. Nämnda faktorer bidrar antagligen till den höga förekomsten av metabolt syndrom i gruppen.</p>	<p>Medel.</p> <p>Studien är gjord utifrån Storbritanniens riktlinjer.</p> <p>Etisk diskussion och godkännande finns</p>

Storbritannien		aktivitet. En fysisk undersökning gjordes med aktuella blodprover.		
<p><i>The role of dietary fatty acids in the pathology of metabolic syndrome</i></p> <p>Lottenberg, A M., Afonso, M., Lavrador, M., Machado, R. & Nakandakare, E R. (2012)</p> <p>Brasilien</p>	<p>Syftet var att undersöka relevanta aspekter av dietfettsyror relaterade till blodlipider, ämnesomsättning av fettvävnad, leverfettlagring och inflammatorisk process, vilka alla är nära besläktade med det metaboliska syndromet.</p>	<p>Datainsamling skede via journalsystem. Personerna gjorde regelbundna kontroller. Det var 240 personer som vad med i studien både män och kvinnor i åldrarna 25–65 år. Studien skedde över 15 år.</p>	<p>Dysfunktionell lipidmetabolism är en nyckelkomponent i utvecklingen av metaboliskt syndrom, ett mycket frekvent tillstånd som kännetecknas av dyslipidemi, insulinresistens, bukfetma och hypertoni, som är relaterade till en förhöjd risk för diabetes mellitus typ 2. Förekomsten av metaboliskt syndrom är starkt associerat med fetma. Fetmans fysiopatologi är relaterad till både genetik och matvanor, särskilt konsumtionen av en högkalorisk, hög fetthalt och hög kolhydrat diet. Med utvecklingen av den vetenskapliga kunskapen var det möjligt att klargöra hur majoriteten av dietfettsyror påverkar plasma lipidmetabolism.</p>	<p>Medel.</p> <p>Etiskt godkännande</p> <p>Noga kontrollerat över deltagarnas livsstil och vilka faktorer som utgör det metabola syndromet under en längre tid. Då de skedde under många år är de relativt mycket avhopp på grund av sjukdom och flytt.</p>

<p><i>Endurance training in patients with schizophrenia and healthy controls: Differences and similarities</i></p> <p>Keller-Varady, K., Hasan, A., Schneider-Axmann, T., Hillmer-Vogel, U., Adomßent, B., Wobrock, T., . . . Malchow, B. (2016)</p> <p>Tyskland</p>	<p>Syftet var att undersöka om konditionsträning har en effekt hos personer med schizofreni och se om de fördelarna som det ger till den friska populationen även gör det för de som lider av schizofreni.</p>	<p>En kontrollerad interventionsstudie där 78 personer inkluderades och delades upp i tre grupper. 25 personer med diagnosen schizofreni inkluderades i den grupp där interventionen var fysisk aktivitet. 26 personer med diagnosen schizofreni var i gruppen där interventionen var bordsfotboll och den tredje gruppen var kontrollgruppen med friska personer. Interventionen var i 12 veckor där grupperna utförde båda sin intervention 3 dagar i veckan i exakt 30 minuter. Den fysiska träningen var dynamisk konditionsträning på cykel.</p>	<p>Antal personer som slutförde studien var 21 personer i träningsgruppen, 20 personer i gruppen med bordsfotboll och 21 av kontrollgruppen.</p> <p>Resultatet visar ingen signifikant förbättring i kondition hos gruppen som spelat bordsfotboll. En signifikant skillnad visades dock för träningsgruppen gällande konditionen. Även i kontrollgruppen visades en signifikant skillnad.</p>	<p>Medel</p> <p>Lågt bortfall.</p> <p>Tydlig beskriven metod.</p> <p>Fått etiskt godkännande.</p>
--	--	---	--	---

<p><i>Cardio-metabolic risk and its management in a cohort of clozapine-treated outpatients</i></p> <p>Lappin, J. M., Wijaya, M., Watkins, A., Morell, R., Teasdale, S., Lederman, O., ... Curtis, J. (2018)</p> <p>Australien</p>	<p>Syftet var att bedöma förekomsten av det metaboliska syndromet samt andra kardiovaskulära riskfaktorer. De undersökte också andelen patienter som fick en godtagbar behandling med Clozapine utifrån gener, ålder och dos,</p>	<p>Observation, tvärsnittsstudie på tre sjukhus i Sydney. Bedömning utifrån intervjuer samt läkarundersökning.</p> <p>De metaboliska parametrarna observerades hos alla registrerade med clozapinebehandling som godkände att vara med i studien på de tre sjukhusen.</p> <p>Deltagarna uppmanades bedöma sitt intresse att delta i rökavvänjning samt livsstilsinterventioner.</p>	<p>58% uppfyllde kriterier för metaboliskt syndrom. 79,6% var överviktiga. 55,9% hade ett blodtryck så högt så de var ett kriterium för metaboliska syndromet. 46,6% hade förhöjd fastande blodglukos och 55,2% hade förhöjda blod triglycerider. 43,6% var nuvarande rökare. Endast 10% uppnådde rekommendationen för fysiska aktivitetsnivåer. De hade inte hälsosamma kostvanor. I de flesta individer var kardiometaboliska riskfaktorerna obehandlade eller underbehandlade.</p>	<p>Hög</p> <p>Intervjustudier från olika sjukhus därav ett brett spektrum som kan ge ett rättvist resultat.</p> <p>Godkänd av elitkommittén.</p>
<p><i>Effects of Endurance Training Combined with Cognitive Remediation on Everyday Functioning, Symptoms, and Cognition in Multipisode Schizophrenia Patients.</i></p> <p>Malchow, B., Keller, C., Hasan, A., Dörfler, S., Schneider-Axmann, T., Hillmer-Vogel, U., . . .</p>	<p>Syftet var att undersöka effekter av uthållighetsträning kombinerat med kognitiv hjälp, vardaglig funktion, symptom samt kognition hos personer som har schizofreni.</p>	<p>Enkätstudie samt en intervju senare i studien för personer med diagnosen schizofreni.</p> <p>psykopatologiska, funktionella och kognitiva bedömningar vid baslinjen och efter 6 veckor och 3 månader utfördes. Personens funktionella anpassning före och efter Interventionen bedömdes med hjälp av Social Adjustment Scale-II (SAS-II). Depressionsskala användes för att bedöma depressiva symptom. De</p>	<p>Inga signifikanta resultat gällande vardagsfunktion. symtomminne. skillnader uppnåddes i kognitiva funktioner.</p>	<p>Låg</p> <p>Inga signifikanta resultat</p> <p>Godkänd av elitkommittén.</p>

<p>. Falkai, P. (2015)</p> <p>Tyskland</p>		<p>neurologiska funktionerna bedömde av bland annat. minnes test.</p>		
<p><i>Metabolic syndrome and aerobic fitness in patients with first-episode schizophrenia, including a 1-year follow up.</i></p> <p>Nyboe, L., Vestergaard, C H., Moeller, M.K., Lund, H., & Videbech P. (2015)</p> <p>Danmark</p>	<p>Syftet var att undersöka förekomsten av det metabola syndromet hos personer med nyupptäckt schizofreni och jämföra med en kontrollgrupp p. Undersöka hur individuella metaboliska abnormiteter utvecklas under första behandlingsåret. Undersöka anledningen av metabola syndromet och metaboliska abnormiteter hos personer med nyupptäckt schizofreni.</p>	<p>En studiegrupp som hade nydiagnostiserad schizofreni samt en kontrollgrupp inkluderades i studien. Metabolt syndrom definieras baserat på midjemått, blodtryck, triglycerider, högdensitetslipoprotein, fastande glukos samt tidigare data angående fysisk aktivitet, aerob träning, rökning, kost, sömn, personerna bedömdes vid start (baslinjen) samt vid 1-årsuppföljning.</p>	<p>Jämfört med kontrollgruppen hade personer med schizofreni högre prevalens av det metabola syndromet samt metaboliska abnormiteter. De hade också högre prevalens av midjemått, triglycerider, högdensitetslipoprotein, fastande glukos. Nydiagnostiserad schizofreni hade en signifikant ökad prevalens av metabola syndromet. Det sågs ett signifikant samband mellan neuroleptika och låg fysisk aktivitet med metaboliska avvikelser.</p>	<p>Hög.</p> <p>Signifikant resultat.</p> <p>Etisk godkännande finns</p>

<p><i>Low prevalence of obesity and metabolic syndrome in never-treated chronic schizophrenia</i></p> <p>Padmavati, R., McCreddie, R., & Tirupati, S. (2010)</p> <p>Indien</p>	<p>Syftet var att se hur det såg ut gällande fetma och metabola syndromet hos personer med schizofreni som inte har tagit medicin för det.</p> <p>Detta för att de vill se om de kan fastställa bevis mot eller för att schizofreni i sig är en riskfaktor för metabola problem.</p>	<p>Jämförande studie. De jämför en grupp med deltagare som har schizofreni med en grupp som är frisk med varandra.</p> <p>De mätte längd, vikt, midjemått och blodtryck på alla deltagarna i båda grupperna</p> <p>International Diabetes Federation (IDF) kriterier för Sydasiens användes för att mäta midjemått.</p> <p>Chitvå-test och t-test användes för att jämföra grupperna.</p>	<p>30 män och 21 kvinnor deltog i båda grupperna. De hade liknande utbildningsnivå och över 90% i båda grupperna åt vegetariskt. Medellängden av att ha schizofreni var 127 månader och ingen hade behandlats med läkemedel under den tiden.</p> <p>Den enda signifikanta skillnaden mellan grupperna var BMI. Fler personer i studien klassificerades som underviktiga medan fler i kontrollgruppen klassificerades som överviktiga.</p> <p>3,9% led av metabola syndromet av personerna medan det var 7,8% i kontrollgruppen.</p>	<p>Låg.</p> <p>Lågt antal deltagare.</p> <p>Etisk godkänd.</p>
--	--	---	---	--

<p><i>Health improving measures for patients suffering from psychosis - development of treatment methods and an intervention program.</i></p> <p>Sameby, B., Söderberg, H., Hedström, M., & Waern, M. (2008)</p> <p>Sverige.</p>	<p>Syftet var att testa en intervention för att förbättra fysisk aktivitet hos personer med psykos i riskzonen för metaboliskt syndrom.</p>	<p>Tre grupper 4–10 personer/ grupp deltog i 14 föreläsningar som leddes av specialiserad personal. Med hjälp av ett experimentellt handlingsätt identifierades deltagarnas individuella mål. De skedde också samtal i grupp för att de skulle få stöd att nå sina mål. Kognitiv och beteendemässig förändringsmedodik användes som redskap samt psykiatriska behandlingsprogram.</p> <p>BMI, midjemått samt blodtryck togs vid start, 6 månader och 18 månader.</p>	<p>Det rapporterades förbättrad diet, viktminskning samt ökad fysisk aktivitet i gruppen. 14 personer avslutade studien och 8 av dem hade ett lägre BMI. En minskning såg hos 5 personer vid 18 månaders kontrollen. 6 stycken hade ett ökat BMI.</p> <p>Personerna rapporterade ökad social kontakt och förbättrat insikt i sin hälsa.</p>	<p>Medel Stort bortfall.</p> <p>Delat in deltagarna i grupper utifrån förutsättningar vilket ge ett rättvist resultat.</p> <p>Etisk diskussion och godkännande finns</p>
<p><i>Exercise therapy improves mental and physical health in schizophrenia: a randomised controlled trial</i></p> <p>Scheewe, T., Backx, F., Takken, T., Jörg, F., Strater, A., Kroes, A., . . . Cahn, W. (2013)</p> <p>Nederländerna</p>	<p>Syftet är att se effekten av träningsterapi i under sex månader gentemot arbetsterapi för att se om det har någon effekt på de negativa och positiva symtomen hos personer med schizofreni.</p>	<p>En singelblindad, randomiserad, kontrollerad studie.</p> <p>63 personer inkluderades och randomiserades till två grupper. En för att fysisk träningsterapi (31 st.) och en för arbetsterapi (32st).</p> <p>De använde mätinstrumenten PANSS för att mäta negativa och positiva symtom samt MADRS för att mäta depression. För fysiska hälsan mätte de kardiorespiratorisk kondition (CRF).</p>	<p>I slutet var 20 personer kvar i fysiska träningsterapi och 19 var kvar i arbetsterapi. Resultatet visade att fysisk träningsterapi hade en signifikant effekt på att sänka PANSS poängen och på så sätt en positiv effekt på den mentala hälsan. Även den kardiorespiratorisk kondition förbättrades signifikant hos personerna som utförde träningsterapi, tillskillnad mot de med arbetsterapi.</p>	<p>Låg.</p> <p>Många avhopp.</p> <p>En del signifikanta resultat men inte många alls.</p> <p>Har etiskt godkännande.</p>

		<p>Interventionen gick ut på att de under sex gånger i veckan skulle styrketräna med olika övningar 3x 10–15 repetitioner.</p> <p>För att undvika avhopp började de enkelt och ökade intensiteten gradvis.</p>		
<p><i>Attitudes toward metabolic adverse events among patients with schizophrenia in Japan</i></p> <p>Sugawara, N., Yasui-Furukori, N., Yamazaki, M., Shimoda, K., Mori, T., Sugai, T., . . . Someya, T. (2016)</p> <p>Japan</p>	<p>Syftet var att bedöma inställning mot metaboliska biverkningar hos personer med schizofreni.</p>	<p>Ett kort frågeformulär i syfte att undersöka personernas vanor gällande kost, livsstil, själv “self-monitoring”, kunskap, medicinering. Personer både i slutenvård samt öppenvård som tillhör Japans psykiatriska sjukhusförening. Statistik beräknades för att beskriva demografiska samt kliniska variabler. För att uppnå en fungerande jämförelig huvuddemografiska och kliniska egenskaper mellan personer i slutenvården och öppenvården utfördes Mann-Whitney U-test för att analysera de kontinuerliga variabler samt ett chi-kvadrattest för att analysera kategoriska variabler.</p>	<p>En minoritet av personerna hade en god nivå av god kost och fysisk aktivitet. Mer än hälften hade en önskan om att förhindra en ökning av vikt samt diabetes.</p>	<p>Medel</p> <p>Etikkommittén i Japan Psykiatrisk sjukhusförening och Hirosaki University School of Medicine godkände studieproceduren.</p> <p>Gjord i Japan, skillnaderna och vårdrutiner kan skilja sig.</p>

<p><i>Negative symptoms are associated with lower autonomous motivation towards physical activity in people with schizophrenia.</i></p> <p>Vancampfort, D., De Hert, M., Stubbs, B., Ward, P., Rosenbaum, S., Soundy, A., & Probst, M. (2015)</p> <p>Belgien</p>	<p>Syftet var att undersöka samband mellan negativa symptom och motivationen till fysisk aktivitet, det sekundära syftet var att om andra symptom kunna kopplas ihop med motivationen till fysisk aktivitet.</p>	<p>Under 4 månader studerades 55 ineliggande personer med schizofreni. Semistrukturerade intervjuer utfördes av ansvarig psykiatriker. Mätinstrumentet PECC användes för att sammanställa symptom, bedömningen gjordes innan färdigställande av frågeformulär av ansvarig psykiatrisk sjuksköterska. De halvstrukturerade PECC-intervjuerna utvärderar och bedömer symptomen i 5 faktorer, negativ, positiv, depressiv, kognitiv och excitorisk. Den nederländska versionen av BREQ.2 användes i stället för ett frågeformulär för att säkerställa att personer med lässvårigheter inte uteslutits.</p>	<p>BREQ-2 poängen för självstyrande regler var signifikant korrelerad med PECC:s negativa symptompoäng. Inga andra signifikanta korrelationer mellan BREQ-2 och PECC-poängen hittades. Alltså negativa symptom är förknippade med lägre självstyrande motivation för fysisk aktivitet hos personer med schizofreni.</p>	<p>Medel</p> <p>Fördjupad studie som samlar in data flera gånger på olika vis.</p> <p>Användbart resultat.</p> <p>Etisk diskussion och godkännande finns</p>
<p><i>Lack of physical activity during leisure time contributes to an impaired health related quality of life in patients with schizophrenia.</i></p> <p>Vancampfort, D., Probst, M.,</p>	<p>Syftet var att identifiera om bristen på fysisk aktivitet och nedsatt träningskapacitet bidrog till försämrad kvalitet på hälsan jämförande med kontrollgruppen. De undersökte även om</p>	<p>Personerna med schizofreni samt kontrollgrupp i samma kön och ålder utförde livskvalitetsskala och 6-minuters test. Deltagarna fick en fastande metabolisk-screening. Linjär multipel regressionsanalys användes för att bedöma sambandet mellan demografiska och kliniska variabler i</p>	<p>Fysisk och mental livskvalitet var signifikant lägre hos personer med schizofreni än kontrollgruppen. Fysisk-livskvalitet hos personer med schizofreni är inte bara relaterat till BMI utan också brist på fysisk aktivitet i vardagen. Minskad hälsorelaterad livskvalitet (HRQL) synes relaterat till deras BMI.</p>	<p>Medel.</p> <p>Diskuterar sambandet mellan träning, metabola syndromet och livskvalitet och styrker sina slutsatser.</p> <p>Studerar båda könen separat.</p> <p>Etisk diskussion och godkännande finns</p>

<p>Scheewe, T., Maurissen, K., Sweers, K., Knapen, J., & De Hert, M. (2011) Belgien.</p>	<p>förekomsten av det metaboliska syndromet kunde förklara variationen på kvaliteten på hälsan.</p>	<p>livskvalitetsresultatet.</p>		
--	---	---------------------------------	--	--

Bilaga 2. Granskningsmall

Mall för granskning av vetenskapliga artiklar

Mall för granskning av vetenskapliga artiklar

Detta är ett hjälpmedel för att bedöma vetenskapliga artiklars kvalitet och användbarhet för Dina studiesyften. Besvara inte kriterierna med endast Ja eller Nej. Motivera alltid Din bedömning. Alla frågor är inte relevanta för alla artiklar.

Börja med slutet! 1. Konklusion och/eller diskussion. (eng. Conclusion/discussion)	Egna anteckningar
Försök att inledningsvis skapa Dig en uppfattning om forskarens konklusioner och/eller diskussion. Det ger dig en utgångspunkt i den fortsatta läsningen. Det är viktigt att veta vad presentationen av artikeln ska leda till för att kunna bedöma relevansen i vad som representerar underlaget för forskarens argumentation. a) Vilka resultat dominerar diskussionen och/eller konklusionen? b) Formulera Din uppfattning om konklusionen/diskussionen. Det kommer att vara en värdefull utgångspunkt i Din vidare läsning.	
2. Syfte (eng. Purpose, Aim)	
a) Vad är syftet med studien/undersökningen? b) Finns det några specifika frågeställningar formulerade? c) Verkar det rimligt i förhållande till Din egen utgångspunkt?	
3. Bakgrund (eng. Introduction, Background, Literature review, Conceptual framework)	
a) Refererar författaren till tidigare forskning? Om ja, vilken? b) Presenteras en teori som utgör ramen för studien? Om ja, vilken/vilka? c) Finns viktiga termer och/eller begrepp definierade? Om ja, vilken/vilka? d) Förtydligas eller förklaras det i bakgrunden varför denna studie är nödvändig? Om ja, med vilka argument? e) Beskriver forskaren sin egen förståelse eller sitt eget synsätt (viktigt i studier med kvalitativa data). Om ja, hur? f) Verkar bakgrunden rimlig i förhållande till Din egen utgångspunkt och författarens syfte?	

Detta förstår jag inte:

4. Metod (eng. Method: Study setting, Sample, Participants, Procedure, Intervention)	
<p>a) Vilken typ av studie utfördes (ex. experiment hermeneutisk textanalys)?</p> <p>b) I vilken miljö genomfördes studien ex. sjukhus, skola, laboratorium?</p> <p>c) Urval (vem, vilka, vad undersöktes)? Beskrivs ev. försökspersoner, var de unika på något sätt eller "normaltyper".</p> <p>d) Hur gick man tillväga för att välja deltagare/försökspersoner (ex. slumpmässigt urval, konsekutivt, strategiskt urval)?</p> <p>e) Hur många deltagare/försökspersoner ingick i studien?</p> <p>f) Erhölls godkännande från etisk kommitté? Beskrivs det hur försökspersonernas identitet skyddades och frivillighet garanterades?</p> <p>g) Hur gick datainsamlingen till (ex. mätningar, enkäter, intervjuer, observationer)?</p> <p>h) Verkar metoden för datainsamlingen och ev. val av försökspersoner rimliga och relevanta i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte?</p> <p>i) På vilket sätt analyserades materialet (statistiska metoder, begreppsanalys, viss tolkningsmetod etc)?</p> <p>j) Användes beskrivande statistik (tabeller, figurer, stapeldiagram etc) och/eller statistiska analyser? Om ja, vilka?</p> <p>k) Vid statistisk analys, vilka variabler undersöktes?</p> <p>l) Beskrivs hur validitet och reliabilitet (kvantitativa analyser), trovärdighet och överförbarhet (kvalitativa analyser) säkerstälts?</p> <p>m) Tycker Du att metodavsnittet ger en tydlig beskrivning av tillvägagångssättet? Skulle det vara möjligt att göra om (replikera) studien genom att följa metodbeskrivningen?</p> <p>n) Verkar metoden som helhet rimlig i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte? Finns det svagheter av betydelse för just Dina syften?</p>	

Detta förstår jag inte:

Mall för granskning av vetenskapliga artiklar

5. Resultat (eng. Results, Findings)	
a) Beskriv resultaten av undersökningen. b) Om statistiska analyser använts identifiera de resultat som är statistiskt signifikanta och ange signifikansnivån. c) Vid tolkande analyser, ange teman och/eller kategorier. Verkar resultaten logiska, tillförlitliga och trovärdiga?	
6. Diskussion och/eller konklusion (eng. Discussion, Conclusion, Implications for further research)	
Läs nu diskussion och konklusion igen. a) Vilka slutsatser drar forskaren? b) Vilka begränsningar diskuterar forskaren? c) Räkna upp förslag på fortsatt forskning, forskarens och/eller egna. d) Verkar detta rimligt i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte?	
7. Innebörden av studien för den praktiska vården (eng. Clinical implications, Implications for practice)	
a) Vilka resultat kan ha betydelse för den praktiska vården enligt forskaren? b) Anser Du att resultaten är lämpliga att omsätta i praktiskt vårdarbete? Om ja, i vilken miljö? c) Hur skulle användandet av dessa resultat förändra arbetet på Din avdelning? Beskriv utifrån tidsaspekter, arbetsbelastning, ekonomi, juridiska och etiska aspekter, kvalitet för vem/vilka grupper.	
8. Sammanfattande helhetsbedömning	
a) Syftet: varför har undersökningen gjorts? b) Genomförandet: på vilket sätt har undersökningen gjorts? c) Kvaliteten: hur bra <u>anser du</u> att undersökningen är? d) Relevans: är denna studien relevant för dina patienter?	

Detta förstår jag inte:
