

SPL 3901/3902
Avsluttende eksamen i sykepleie
Bacheloroppgave

07HBSPLD
Gruppe: 3

Overvekt som bivirkning ved bruk av antipsykotika



Høgskolen i Gjøvik
Avdeling for helse, omsorg og sykepleie
November 2010
Antall ord: 9534



SAMMENDRAG

OPPGAVE/eksamen

Kull 07HBSPLD

Gruppe nr. 3

Dato 19.11.2010

Forfattere: (fylles evt. ut *etter* sensurering!)

Norsk tittel (Undertittel / Problemstilling):

Hvordan kan sykepleier begrense vektøkning hos pasienter som bruker antipsykotika frem mot den utskrivende og rehabiliterende fase?

Engelsk tittel (Undertittel / Problemstilling):

In what way can nurses help prevention of weight gain in patients using antipsychotica when discharged and during rehabilitation?

Sammendrag

Forekomsten av overvekt og fedme er i dag et økende problem. Overvekt som bivirkning ved bruk av antipsykotika er i dag kjent, men vi føler at det er satt lite fokus på dette.

Oppgaven tar utgangspunkt i å prøve å finne svar på hva vi som sykepleiere bør gjøre for å begrense vektøkningen hos pasienter som bruker antipsykotika. Det er forskjellige tiltak som kan brukes for å prøve å løse dette problemet. Oppgaven skisserer et mulig opplegg som kan være til hjelp for sykepleiere som har ansvar for opplæring og veiledning til psykotiske pasienter.

Nøkkelord

Overvekt, fedme, psykose, antipsykotika, virkningsmekanisme, bivirkning, kosthold, fysisk aktivitet, veiledning

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	3
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	3
1.2 Presentasjon av problemstilling	3
1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen	4
1.4 Formålet med oppgaven.....	4
1.5 Begrepsforklaring.....	4
1.6 Oppgavens disposisjon.....	5
2.0 METODE	5
2.1 Valg av metode.....	5
2.2 Fremgangsmåte og valg av litteratur.....	6
2.2.1 Bruk av databaser og søkeord	6
2.3 Metode og kildekritikk.....	7
3.0 TEORI	8
3.1 Pasienter med psykose	8
3.2 Antipsykotika	11
3.2.1 Virkningsmekanismen av antipsykotika i forhold til vektøkning	13
3.3 Overvekt og fedme.....	15
3.4 Kosthold	17
3.4.1 Kosthold i helseinstitusjoner	17
3.4.2 Anbefalt kost	19
3.5 Fysisk aktivitet	20
3.6 Veiledning og undervisning.....	22
3.7 Sykepleieteori.....	23
3.7.1 Presentasjon av Dorothea Orem	23
3.7.2 Orems sykepleieteori.....	23
4.0 DRØFTING	26
4.1 Hvordan veilede og informere en psykotisk pasient.....	26
4.2 Kosthold innen psykiatrien	29
4.3 Fysisk aktivitet innen psykiatrien.....	32
4.4 Overvekt hos pasienter som bruker antipsykotika	34
5.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	35
6.0 ETTERORD	37
LITTERATURLISTE	38

1.0 INNLEDNING

1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA

Overvekt er et sentralt begrep innenfor sykepleien, og i Norge som i resten av den vestlige verden er forekomsten av overvekt og fedme økende.

Flere av oss har jobbet innenfor psykiatrien og sett at visse medikamenter kan, som bivirkning, føre til vektøkning. I vår oppfatning er det gjort få studier på dette området tidligere. Psykiatriske pasienter er en utsatt og sårbar pasientgruppe som i tillegg til sin grunnlidelse, pådrar seg en tilleggsbelastning både fysisk og psykisk. Siden dette er svært alvorlig for dem det gjelder og at temaet så vidt vi kan se er lite belyst tidligere, syntes vi dette var et godt utgangspunkt for en oppgave. Sammen med vår felles interesse for feltet ble dette avgjørende.

I starten var vi veldig usikre om det var dette vi ville skrive om, på grunn av at vi hadde problemer med å finne relevant litteratur på norsk. Da vi begynte å søke i engelske databaser dukket det plutselig opp mange relevante artikler. Dette gjorde oss mer nysgjerrige på temaet og vi ville finne ut mer. Funnene underbygget vår tese om at visse antipsykotiske medikamenter kan føre til vektøkning.

1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING

Vi bestemte oss tidlig for å finne en problemstilling knyttet til overvekt som bivirkning ved bruken av antipsykotika. Videre tenkte vi igjennom hva vi som sykepleiere kunne hjelpe denne pasientgruppen med. Ut i fra dette kom vi til slutt frem til denne problemstillingen:

Hvordan kan sykepleier begrense vektøkning hos pasienter som bruker antipsykotika frem mot den utskrivende og rehabiliterende fase?

1.3 AVGRENSNING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLINGEN

Vi hadde tenkt å skrive hva vi som sykepleiere kan gjøre for å begrense vektøkning hos pasienter som bruker antipsykotika, på et generelt plan. Den tiden vi hadde til rådighet for å finne og bearbeide litteratur, førte til at vi valgte å avgrense og presisere oss en god del mer, enn det vi i startfasen hadde tenkt oss. Vi avgrenset oss først inn på pasienter i en akutfase, men fant ut at denne pasientgruppen var lite egnet, da disse pasientene ofte er så syke at de har liten selvinnsikt og at de er lite mottakelig for endringer. Derfor valgte vi å konsentrere oss om pasienter frem mot den rehabiliterende og utskrivende fase. Dette fordi vi tror det er lettere og nå frem til denne pasienten i forhold til en pasient i akutfasen.

1.4 FORMÅLET MED OPPGAVEN

Dette er avsluttende eksamen i studiet Bachelor i Sykepleie. I følge undervisningsplanen fra 2009 er målet med denne oppgaven at vi skal fordype oss i et emne som er av spesiell interesse for oss. Formålet med oppgaven vår er å belyse problemstillingen. Dette gjør vi ved å beskrive et mulig opplegg til hjelp for sykepleiere, som skal ha ansvar for opplæring og veiledning av psykiatriske pasienter, mot den rehabiliterende og utskrivende fasen.

1.5 BEGREPSFORKLARING

I oppgaven har vi valgt å bruke orde **vi**, da refereres det til oss som “sykepleiere”.

Vi har også brukt ordet **de**, **disse** og **pasienten(gruppen)** da refererer vi til den psykiatriske/psykotiske pasienten.

1.6 OPPGAVENS DISPOSISJON

I innledningen har vi begrunnelse for valg av tema, presentasjon av problemstilling og hvordan vi har avgrenset og presisert problemstillingen. I metodedelen vil vi presentere begrunnelse og valg av metode, hvordan vi har gått frem for å svare på problemstillingen vår og hvilke kilder vi har brukt og kildekritikk til disse. I teoridelen kommer teorier som bygger opp oppgaven vår. I drøftingen belyser vi våre synspunkter og meninger opp mot teorien i oppgaven. Til slutt kommer oppsummeringen, og en konklusjonsdel som sier noe om vårt svar på problemstillingen.

2.0 METODE

”Tranøy definerer metode som en framgangsmåte for å frambringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare.”

(Dalland, 2007, s. 81)

Med dette forstår vi metode som hvordan vi skal gå frem for å skaffe oss troverdige kunnskaper rundt vår problemstilling.

2.1 VALG AV METODE

Vi har valgt å gjøre et ustrukturert litteraturstudie, fordi vi anså denne arbeidsmetoden for å være best egnet til en oppgave av såpass begrenset omfang. Problemstillingen vi har valgt er blitt lite belyst i undervisning og praksis som vi har hatt gjennom studiet. Et litteraturstudie virket dermed gunstig, fordi det allerede finnes en del kunnskap om temaet, i form av bøker og andre skriftlige kilder. Med hensyn til omfanget mener vi det var fornuftig å lete i faglitteratur hvor vi ved gode kildereferanser kan oppnå etterprøvbarhet av arbeidet vårt.

“A literary review is the comprehensive study and interpretation of literature that relates to a particular topic” (Aveyard 2007, s.1).

Med dette forstår vi at et litteraturstudie er et arbeid som søker å presenterer en bred, dekkende granskning og tolkning av litteraturen som dekker et bestemt område.

2.2 FREMGANGSMÅTE OG VALG AV LITTERATUR

Da vi startet søkingen etter litteratur fant vi veldig mye stoff generelt rundt temaet vårt. Mye av tiden vi brukte i starten gikk med på å lese igjennom og sortere ut det som var av størst relevans for vår problemstilling. I mye av den litteraturen vi leste, var det bare små avsnitt som var relevante for vår problemstilling.

Vi har brukt faglitteratur og litteratur fra nettet, i form av fagfellevurderte fagartikler. Vi har prøvd å legge vekt på å bruke litteratur som ikke er eldre enn fra år 2000, men i noen tilfeller har vi brukt eldre litteratur. Det har ikke alltid vært mulig å få tak i primærlitteratur, vi har da brukt sekundærlitteratur. Ofte så vi gjennom innholdsfortegnelsen og stikkordene for å få en antydning på om artiklene, tidsskriftene og bøkene kunne inneholde noe som kunne være aktuelt for vårt tema.

2.2.1 BRUK AV DATABASER OG SØKEORD

Vi har funnet lite stoff i fagbøker som belyser emnet vårt når det gjelder årsak til vektøkning, ved bruk av antipsykotika. For å finne mer gikk vi derfor raskt over til å søke i databaser.

Først begynte vi å søke tilfeldige søk i bibliotekatalogen Bibsys, for å få en oversikt over litteraturen som finnes. Deretter gjorde vi mer konkrete søk i forskjellige databaser, blant annet Sage journals online, Academic search elite og SveMed+. I tillegg til disse

har vi søkt direkte inne på nettsider til Helsedirektoratet (www.helsedirektoratet.no) og tidsskrift for Den norsk legeforening (www.tidskriftet.no).

Engelske søkeord vi har brukt: antipsychotic, drug- induced weight gain, obesity, overweight, psychiatric patient, metabolism disorders, psychopharmacology, mental disorders, treatment, nutrition assessment, diet reducing.

Norske søkeord vi har brukt: antipsykotika, virkningsmekanisme, fedme, overvekt, vektøkning, psykiatri, metabolisme, kosthold, fysisk aktivitet, veiledning, bivirkninger, sykepleieteorier.

Vi fant mange artikler, men valgte å se nærmere på 9 stykker som var vinklet mot vårt tema. Ut ifra disse 9 valgte vi å bruke 4 av artiklene, fordi disse 4 var mest rettet mot vår problemstilling. I tillegg sto det mye likt i artiklene i forhold til det vi søkte svar på.

2.3 METODE OG KILDEKRITIKK

”Kildekritikk er de metodene som brukes for å forstå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes ”

(Dalland 2007, s. 64).

I noen tilfeller har vi brukt sekundærlitteratur, på grunn av at vi ikke har klart eller hatt muligheten til å få tak i primærlitteraturen. Det som kan være ulempen med dette er at vi ikke kan være sikre på om sekundærlitteraturen gjengir teksten riktig. Teksten som vi da leser, er kanskje allerede blitt tolket av sekundærlitteratur forfattere, og da er det mulig at det opprinnelige perspektivet til primærlitteraturen kan ha endret seg. Dersom dette har skjedd, kan det være en feilkilde (Dalland 2007).

Vi har brukt noen engelske og svenske artikler, litteratur og fagbøker som vi har oversatt til norsk. Det som kan være ulempen med dette er at vi muligens kan ha oversatt nødvendige informasjon og utelatt dette under denne prosessen, eller vi kan ha tolket språket feil.

Litteraturstudie er både lærerikt og interessant, og fordelen er at vi kan fordype oss i teori som allerede er skrevet. Mens ulempen med litteraturstudie er at den teorien som er skrevet ofte er generell og man kan lett bli fanget av andres meninger og synspunkter. Dette gjør at vi kanskje ikke klarer å være kritiske til det som blir sagt.

Vi har hentet mye stoff fra nevnte nettsider og databaser. Fordelen med å bruke disse er at sidene til stadighet blir oppdatert, dermed er det lett å få tak i nyere litteratur, sammenliknet med fagbøker som ikke revideres med samme hyppighet. De artiklene vi har valgt å bruke i oppgave, er alle fagfelleverderte.

I oppgaven har vi brukt Statens ernæringsråds retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner fra 1995. Da det vil komme reviderte retningslinjer vinter/vår 2011 er det muligheter for endringer som kan berøre vår oppgave.

3.0 TEORI

3.1 PASIENTER MED PSYKOSE

Den psykotiske tilstanden kjennetegnes av at man får en forstyrrelse av persepsjon, affekt og tenkning. Dette medfører at pasienten får en alvorlig forstyrret virkelighetsoppfatning (Engelstad Snoek og Engedal 2008).

"Det karakteristiske ved å være psykotisk er at en har en forandret virkelighetsoppfatning. Vi kaller det realitetsbrist. Den psykotiske personen oppfatter ikke lenger verden rundt seg, andre menneskers holdninger og sin egen rolle på samme måte som andre gjør. De har i stedet havnet i en privat forståelse som kan være fordreid, usammenhengende eller kaotisk "
(Skårderud, Haugsgjerde og Stanicke 2010 s. 303)

Pasienten med en psykose lever i en endret og annen virkelighet, hvor man ofte føler

seg ensom og ensomheten kan føre til angst, angst kan føre til tankemessig forvirring, forvirring kan føre til isolasjon med mer. Pasienten innbiller seg ting som andre ikke kan bekrefte og han er ofte livredd for ting andre oppfatter som fantasier. Å jobbe med psykotiske pasienter kan være utfordrende for helsearbeidere. Veiledning, samarbeidsmønster og undervisning er dermed uunnværlig (Skårderud, Haugsgjerde og Stanicke 2010). Dette er dermed viktig hos for eksempel en psykotisk pasient med dårlige selvinnsikt og realitetsoppfatning, som fører til at han kanskje ikke alltid kan se hva som er til sitt eget beste.

For en person med psykose er det flere fysiske aspekter som ofte kommer til syne. Men disse havner ofte i skyggen av de psykiske uttrykkene. De vanligste fysiske symptomene er apati, manglende vilje og motivasjon. Dette kommer til uttrykk ved at personen må tvinge seg selv fysisk for å komme i gang. Arbeidsoppgaver eller fritidsaktiviteter kan fortone seg som uoverkommelige sysler (Hummelvoll 2006).

Sykepleie- pasient fellesskapet er bygd opp av 9 sentrale hjørnesteiner. Disse hjørnesteinene består av likeverdighet, møte/nærværenhet, selvaktelse/signifikans, mål, mening og verdiavklaring, ansvar og valg, skyld og soning, åpenhet og innsikt, konformitet versus opprør og håp. Vi har valgt å se nærmere på 7 av disse 9 hjørnesteinene, for vi mener disse er mest relevante for vår problemstilling (ibid).

- Likeverdighet er ledetråden i sykepleier- pasient- fellesskapet. Dette innebærer at et helhetlig *jeg* møter et helhetlig *du*. Dette betyr at sykepleieren åpner seg for den forestillingsverden og situasjonsopplevelsen som pasienten har. Uten arbeid med ekte og gjensidige respekt for hverandres integritet kan man ikke gjennomføre en realisering av likeverdighet.
- For å kunne nå inn til pasientens selvoppfatning og problemene hans bør man lytte. Nærværenhet oppfattes som å være tilstede på en autentisk måte. Dette gir muligheten til å oppleve et jeg – du – forhold. Et reelt møte vil bli betydningsfullt for begge.

- Det er avgjørende for pasientens selvaktelse at han blir møtt med en aksepterende holdning. Det er viktig med anerkjennelse av pasientens tidligere forsøk på å løse problemer, selv om disse ikke førte til fremgang. Dette kan føre til at han føler seg tryggere og er i stand til å ta i mot både de positive og negative kvalitetene hos seg selv. Når symptomene og lidelse dekker for selvinnsikt, er det vanskelig å se sin betydning som menneske. Derfor er det viktig å hjelpe pasienten med og gjenvinne selvinnsikten. Dette kan gjøres ved å hjelpe pasienten til å se hva han har betydd for andre, og hva han fortsatt betyr. Det er også viktig med hva han i fremtiden kommer til å bety for andre.
- Det kreves avklaring av det gjensidige ansvars- og medansvarsforhold, for at samarbeide skal kunne opprettes. Vi er ansvarlige for våre handlinger, valg og konsekvensene av dem. Sykepleierens ansvar vil være å hjelpe pasienten med å forstå valgmulighetene sine.
- En del av samarbeidet bør være konsentrert om mål, mening og verdiavklaring. Verdier er noe en kan strekke seg mot for å realisere. Når pasienten spør eller når situasjonen krever det, er det sykepleierens ansvar å avklare det som er valide livsverdier for pasienten.
- Som følge av et trygt kontaktforhold, kan åpenhet komme. For å kunne få hjelp er det viktig med åpenhet. Åpenhet og gjensidighet hører sammen. Åpenhet er viktig for å få en innsikt i sterke og svake sider ved seg selv.
- Håp har en stor betydning for å holde ut og for å kunne leve gjennom lidelser og plager. For mange er håp veldig viktig. Når håp og ønsker avdekkes kan de forstås som urealistisk. Det vil være en utfordring å kunne møte urealistisk håp.

(Hummelvoll 2006)

3.2 ANTIPSYKOTIKA

Antipsykotika er den største og viktigste gruppen av psykofarmaka. Antipsykotika blir mye brukt til behandling av schizofreni og til andre psykosetilstander. (Linghærde 2006). Antipsykotika blir også kalt for nevroleptika. (Nordeng og Spigset 2007).

Antipsykotika kan som mange andre psykofarmaka fremkalle flere forskjellige bivirkninger. Det er sjeldent de vanligste bivirkningene er alvorlige, men de kan være plagsomme. Det kan forekomme alvorlige bivirkninger som i noen tilfeller fører til farlige komplikasjoner. Å gi en konkret definisjon av antipsykotika kan være vanskelig, på grunn av at de fremkaller en rekke ulike kliniske virkninger (Linghærde 2006).

Det viser seg at pasienter med psykoser har en rekke forandringer i hjernens biologi. Den viktigste forandringen foregår i de banene i hjernene som bruker dopamin som signalstoff. I denne delen av hjernen foregår det en overaktivitet. Antipsykotika vil hemme denne aktiviteten, og det fører til en reduksjon i hallusinasjonene, vrangforestillingene og tankeforstyrrelsene. En annen virkning som antipsykotika har, er en dempende effekt på uro og aggresjon (Nordeng og Spigset 2007).

Klozapine (Leponex) ble lansert i den videre utviklingen, og ga bedre virkning ved schizofreni. Men siden den ga mange alvorlige bivirkninger prøvde man senere å utvikle andre antipsykotika med samme terapeutiske virkninger som klozapine. Den nyere antipsykotika har bedre bivirkningsprofil enn klozapine, men effekten er ikke like bra, og spesielt ikke for schizofrene pasienter (Linghærde 2006).

Antipsykotika kan deles inn i tre forskjellige grupper, ut i fra virkningsmekanismen;

- Førstegenerasjons lavdoseantipsykotika
 - Førstegenerasjons høydoseantipsykotika
 - Annengenerasjons antipsykotika
- (Nordeng og Spigset 2007).

Førstegenerasjons lavdoseantipsykotika:

Inntil de seneste årene har denne gruppen vært mest brukte i behandlingen av schizofreni og andre psykoser. Selv om annengenerasjons antipsykotika blir brukt i stor grad, blir også førstegenerasjons lavdoseantipsykotika brukt i en viss grad. Disse blir kalt for lavdoseantipsykotika, siden de har effekt ved lave doser (fra 0 til 50 mg per dag) (Nordeng og Spigset 2007).

Førstegenerasjons høydoseantipsykotika:

Klorpromazin, som kom for over 50 år siden, tilhører denne gruppen. Framfor alt brukes høydoseantipsykotika i dag fordi de gir sedasjon, og ikke så mye på grunn av de antipsykotiske effektene (Nordeng og Spigset 2007).

Annengenerasjons antipsykotika:

Annengenerasjons antipsykotika blir også kalt a-typiske antipsykotika. I behandling av psykoser har disse tatt over for førstegenerasjons antipsykotika. Grunnen til dette er at de gir mindre muskelbivirkninger. Likevel har de andre bivirkninger som førstegenerasjons antipsykotika ikke har. Effekten av annengenerasjons antipsykotika er den samme som for førstegenerasjons antipsykotika. Mens klozapine, som er ett av midlene, gir en bedre effekt på de negative symptomene (Nordeng og Spigset 2007).

Bivirkninger ved annengenerasjons antipsykotika kan være kraftig vektøkning og øker nivåene av blodlipider som LDL- kolesterol og triglyserider i plasma. En del av disse antipsykotika har også vist seg å ha en diatogen effekt, som kan føre til diabetes eller forverring av diabetes. Annen generasjons antipsykotika kan også gi forhøyet blodtrykk som bivirkning. Økt nivå av LDL- kolesterol, triglyserider, den diatogene effekten og det forhøyede blodtrykket blir kalt metabolsk syndrom (Lingjærde 2006). Klozapine kan gi alvorlige blodbivirkninger med reduserte nivåer av granulocytter i blodet (agranulocytose) (Nordeng og Spigset 2007).

3.2.1 VIRKNINGSMEKANISMEN AV ANTIPSYKOTIKA I FORHOLD TIL VEKTØKNING

Det er fortsatt noe uklart hvordan psykofarmaka virker. Men forskning på området har gjort fremskritt og man har begynt å se sammenhenger. De fleste psykofarmaka har sin terapeutiske virkning i synapser. Medikamentet bindes til reseptorer eller andre komponenter i membraner. Medikamentet kan også virke inn på prosesser i cellen (Lingjærde 2006).

Assosiasjonen mellom antipsykotika og vektøkning er veletablert. Dette ble først beskrevet ved bruken av førstegenerasjons antipsykotika så tidlig som på 1960- tallet. I dag har det samme blitt beskrevet for den nye a-typiske eller annengenerasjons antipsykotika. Det har blitt funnet ut at mange annengenerasjons antipsykotika er forbundet med betydelig vektøkning, etter behandling i en periode på 10 uker. Den høyeste vektøkningen var på ca. 4 kg over en 10 ukers periode. Den var assosiert med klozapine og olanzapine. En annen studie har vist at over 50 % av pasientene som bruker klozapine har endt opp med mer enn 20 % vektøkning (Tighe og Dinan 2005).

Mekanismen ved behandling av antipsykotika og overvekt er noe uklar, men man vet at det har innvirkning på flere reseptorer, som serotonin, dopamin og histamin reseptorer. Serotonin systemet er viktig i forhold til mat og kroppsvekt regulering (Reynolds, Hill og Kirk 2006). Serotonin aktiveres ved metthetsfølelse og ved inntak av sukker og fett og gir oss en følelse av stabilitet, ro og tilfredsstillelse (Erlanson-Albertsson 2007).

Transmitterne som er av størst interesse innenfor psykofarmakologien er serotonin, dopamin og noradrenalin. Når en substans bindes til en reseptor, blir den stimulert til å utføre sin naturlige funksjon. De som har virkning på nerveceller kalles antagonist. Alle naturlige transmittere er i utgangspunktet agonister på reseptorene de virker på. Noen legemidler kan virke som agonister og forsterke effekten, mens andre legemidler ved binding til reseptorer kan virke slik at de gir en svakere effekt, enn den naturlige agonisten. Men når psykofarmaka binder seg til en reseptor vil de ikke utløse noen respons, men blokkere reseptorens bindingssted, dermed hindres de naturlige agonistene

og psykofarmaka virker som antagonister (Reynolds, Hill og Kirk 2006).

Det er klopazine og olanzapine som har vist seg og gitt størst vektøkning. De har høy tilbøyelighet til å binde seg til serotonin antagonist (ibid). Serotonin framkaller søvn og metthet. Serotonin har mange reseptorer, men det er 5HT reseptorene som formidler metthet. Mange metthetspeptider som amylin og leptin øker produksjonen og frisettelsen av serotonin, det fører til at vi blir mette og "fornøyde" (Erlanson-Albertsson 2007). Visse psykofarmaka kan virke hemmende på serotonin aktiviteten, ved at de blokkerer reseptorene som regulerer aktiviteten i de serotonerge nervecellene. Den serotonerge aktiviteten er med på å regulere mange hjernefunksjoner for eksempel søvn, matlyst, døgnrytme og stemningsleie (Lingjærde 2006).

Ved blokkade av dopamin reseptorer i hjernen kan antipsykotika gi ekstrapyramidale bivirkninger (Lingjærde 2006). Dopamin finnes flere steder i hjernen og er viktig i forhold til stimuleringen av matinntaket. Det gir oss motivasjon og driver oss, det aktiveres ved sultfølelse, men også av søt smakelig og fet mat uten at vi føler sult. Dopamin trengs for å starte hvert måltid, økte mengder med dopamin fører til økt matinntak og vektøkning. Sult øker frigjøring av dopamin og stopper så fort inntaket av mat begynner. Metthetspeptidene leptin, PYY, CART og amylin reduserer dopaminaktiviteten. Sultsignaler formidler sin drivkraft via dopamin, mens metthetssignalene blokkerer dopamin (Erlanson- Albertson 2007).

Histamin reseptorer har også innvirkning på vektøkning ved bruk av antipsykotika (Reynolds, Hill og Kirk 2006). Histamin virker blant annet som transmittere for celler i hypothalamus. Man vet lite om hjernens histaminerge system, men det har vist seg at det ikke har noen spesiell tilknytting til psykiske lidelser. Men ved bruken av visse antipsykotika har dette mye å gjøre med formidlingen av den søvndyssende virkningen (Lingjærde 2006).

Effekten av vektøkningen ved bruk av antipsykotika skjer muligens gjennom hypothalamus. Hypothalamus er et viktig område i hjernen som er involvert i reguleringen av matinntaket og kroppsvekten.

En rekke hormoner sender signaler til nervesystemet, en av disse er leptin, det er et sirkulerende hormon som blir frigitt ved adipositas (høygradig overvekt/fedme) ved respons om å redusere fettinntaket, for så å regulere kroppsvekten (Reynolds, Hill og Kirk 2006).

3.3 OVERVEKT OG FEDME

Verdens Helseorganisasjon definerer fedme som en sykdom. Overvekt regnes i dag som et av de vanligste ernæringsrelaterte helseproblemer i vår del av verden. I følge anbefalinger fra WHO (Verdens Helseorganisasjon) bør det tas utgangspunkt i relativ vekt, kroppsmasseindeks (KMI=vekt/ høyden opphøyd i andre) (KMI – KroppsMasseIndeks, engelsk BMI BodyMassIndex). Overvekt defineres som KMI>25-29,9 og fedme >30 (Drevon, Blomhoff og Bjørneboe 2007).

	KMI
Undervekt	< 18,5
Normalvekt	18,5- 24,9
Overvekt	25,0- 29,9
Fedme, grad I	30,0- 34,9
Fedme, grad II	35,0- 39,9
Fedme, grad III	> 40,0

(Sosial og helsedirektoratet, Rapport: Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten, 2004, s.19).

En svakhet ved KMI er at den ikke skiller mellom fettmasse og muskelmasse. Man bør også bruke midjemål for å finne buk fett.

Risiko for sykdom Midjemål (cm)		
	Økt risiko	Betydelig økt risiko
Kvinner	> 80 cm	> 88 cm
Menn	> 94 cm	> 102 cm

(Sosial og helsedirektoratet 2004, Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten, s. 20).

Ved overvekt og fedme er det økt risiko for mange sykdommer. Ved stigende grad av fedme og spesielt bukfedme øker risikoen for alvorlig sykdom. Forskning de siste årene har gjort at man har fått forståelse for hvordan bukfett forårsaker metabolske forstyrrelser som for eksempel insulinresistente lipidforstyrrelser (Sortland 2007).

De vanligste sykdommene som følge av overvekt og fedme er type-2 diabetes, høyt blodtrykk, hjerteinfarkt, hjerneslag, gallesten, søvn apné, leddplager, enkelte kreftformer og infertilitet (Sosial og helsedirektoratet 2004).

Vektøkning skyldes som oftest en ubalanse mellom energiinntaket og forbruket av energi. Ved energiinntak som overstiger det daglige energiforbruket med 1,9 kcal vil dette kunne medføre en vektøkning på 1kg per år. Ved å gå 4-5 minutter forbrukes ca. 2 kcal (Sortland 2007).

Hos personer med overvekt eller lett fedme består fettvevet av celler med unormalt mye fett. Dette betyr at fettcellene utvider seg, fordi de inneholder unormalt mye fett. Dette kalles hypertrofiering og hypertrofifedme. Kraftig fedme derimot er tilfeller av unormalt antall fettceller, såkalt hyperplasifedme. Dersom personen skulle slanke seg vil fettcellene krympe, men ikke reduseres i antall. Vekststabilisering blir således vanskelig (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2007).

I tillegg til den økte risiko for somatiske sykdommer vil de med overvekt og fedme kunne ha økt psykologisk belastning hvor selvfølelse er redusert, samt begrenset

livsutfoldelse. Det er også kjent at de fleste personer med fedme diskrimineres personlig og i helsemessig sammenheng (Drevon, Blomhoff og Bjørneboe 2007). De med overvekt og fedme vil som følge av dette kunne oppleve depresjon og følelse av utilstrekkelighet. Dette kan medføre en tendens til sosial tilbaketrekning (Hummelvoll 2006).

I en nyere svensk studie hvor man fulgte over 700 pasienter med psykotiske lidelser, som brukte antipsykotika, var 70 % normalvektige før studien og bare 5 % hadde fedme. Etter tre år var det kun 25 % som hadde normalvekt. Halvparten hadde gått opp 10 kg eller mer, nesten 40 % av gruppen var overvektige og andel med fedme var på 35 %. (Hånes 2007).

3.4 KOSTHOLD

3.4.1 KOSTHOLD I HELSEINSTITUSJONER

Kosthold er viktig i forhold til omsorg, pleie og behandling av syke pasienter, både med tanke på trivsel, allmenntilstand og ikke minst behandlingsresultatet. Mange psykiatriske institusjoner har stort fokus på matstell og måltider. Tanken bak dette er at det skal være en sentral del av mestring, læring og sosial trening. Men den ernæringsmessige kvaliteten er ikke blitt tillagt særlig vekt (Drevon, Blomhoff, Bjørneboe 2007).

Tall fra Statistisk Sentralbyrå sier at det i 2005 var 5370 døgnplasser i psykiatriske institusjoner i Norge. For psykiatriske pasienter med lengre opphold i institusjon vil kosthold og ernæring ha en større direkte innvirkning på deres trivsel og deres helsetilstand (ibid).

Hos pasienter med psykiske lidelser som bruker antipsykotika, er det flere faktorer som spiller inn i forhold til vektøkning. Det er bivirkning av den medikamentelle behandlingen som har fått det største fokuset, men man må også tenke på pasientens livsstil, den blir ofte glemt. Det er sjeldent innlagte psykiatriske pasienter får tilpasset

kost, og den fysiske aktiviteten er basert på det pasienten selv vil og er ikke en del av behandlingstilbudet (Thommessen, Martinsen og Arsky 2005).

"Mattilbudet og ernæringsbehovet må tilpasses den enkelte pasient"
(Statens Ernæringsråd, Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner
1995,s.59).

Når pasienten er innlagt på en institusjon, så har helsevesenet hovedansvaret for pasienten. Et sykehusopphold er kortvarig sammenlignet med tiden før og etter innleggelsen. Det er viktig å huske at det er slik at et sykehusopphold har en sterk signaleffekt og virker opplærende på pasientene. For best mulig resultater må alle ansatte på avdelingen være engasjert. Det har vist seg at personalet har motsatt seg fjerning av kaker, kveldskos og sene kveldsmåltider, fordi de mente pasientene måtte unnes dette (Thommessen, Martinsen og Arsky 2005).

I vekt- helse rapporten, fra Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet står det at:

"Når det gjelder forebygging av vektøkning, bør overvektige eller fete personer som er utsatt på grunn av sin livssituasjon eller familiebakgrunn prioriteres. Denne gruppen inkluderer personer som bruker medikamenter som forårsaker vektøkning " (2000, s. 142).

Videre står det:

"Helsearbeidere bør sette seg inn i hvordan fedme affiserer pasientene fysisk og psykisk, og være forberedt på selv å hjelpe eller henvise til solide behandlingsmuligheter. Overvektige og fete personer bør møtes med respekt og forståelse, samtidig som forholdet mellom sykdom og fedme må forklares for pasientene" (2000, s. 143).

3.4.2 ANBEFALT KOST

Det er vanlig å ha tre måltider i løpet av dagen, frokost, lunsj (to kalde måltider) og middag (varmt måltid) Det er også vanlig med mellommåltider. Det er ingen anbefalinger for måltidsmønster men det er viktig med regelmessighet, for dette hindrer småspising som kan føre til vektøkning (Drevon, Blomhoff, Bjørneboe 2007).

For å sikre god regelmessighet og jevn energifordeling gjennom hele dagen, bør man fordele det på 4-5 måltider per dag. Dersom dette er vanskelig å oppnå bør hovedvekten ligge på frokost, lunsj og middag (Korsnes 2009).

"I de nordiske anbefalingene foreslås det at det daglige energiinntaket kan fordeles på følgende måte:

Frokost 20-25 %
Lunsj 25-35 %
Middag 25-35 %
Mellommåltid 3- 30 % "

(Drevon, Blomhoff, Bjørneboe 2007 s. 475).

Måltider er viktig for å få en struktur på dagen. Det bør dermed være faste spisetider på institusjoner, slik at pasientene får en regelmessig døgnrytme med faste, næringsrike måltider. Ved flere psykiatriske avdelinger (langtidsavdelinger) har man hatt gode erfaringer med at pasientene har hatt ansvaret for innkjøp av matvarer og deltatt i matlagingen. Dette fremmer kreativiteten og gir kjøkkentrening. Vanligvis har hyggestunder på psykiatriske institusjoner basert seg på kaffe, kaker og annen fett rik mat. Man bør heller legge vekt på mat med mindre fett eller frukt og grønt (Statens Ernæringsråd, Retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner 1995).

Overvekt skyldes større inntak enn forbruk, det fører til at overskuddet blir lagret som fett i kroppen. Derfor er det viktig å velge mat med lite fett. Når man skal ned i vekt bør det skje langsomt, da blir det lettere å øve inn gode og varige kostvaner. Kosten bør være sammensatt som hverdagskost (ibid).

Sosial og helsedirektoratet har retningslinjer for hva som er normal kost eller hverdagskost:

- "50-60 % av energiinntaket bør komme fra karbohydrater.
 - Tilsatt sukker bør ikke utgjøre mer enn 10 % av energiinntaket
 - 10-20 % av energiinntaket bør komme fra proteiner
 - 30 % av energiinntaket bør komme fra fett.
 - En umettede fettsyrer bør bidra med 10-15 energiprosent, fra flerumettede fettsyrer med 5-10 energiprosent, inklusive ca. 1 energiprosent av omega -3 fettsyrer.
 - Transfettsyrer bør begrenses mest mulig og ikke overstige 1 energiprosent.
 - Det daglige kostfiberinntaket bør være 25-35 g.
 - Saltinntaket reduseres til 5 g per dag "
- (Sortland 2007 s. 275).

I en vedlikeholds- og vektreduksjonsfase er det viktig med fysisk aktivitet, det er den beste måten å øke energiomsætningen på (Sortland 2007).

3.5 FYSISK AKTIVITET

For å opprettholde god helse er det viktig med en viss mengde fysisk aktivitet og et balansert kosthold. Regelmessig fysisk aktivitet har virkninger på kroppssammensetningen og omsetningen av næringsstoffer. For å forebygge vektøkningen er det viktig å ha fokus på å øke den fysiske aktiviteten. Regelmessig fysisk aktivitet spiller en stor rolle i forhold til vektstabilitet (Pedersen, Hjartåker og Anderssen 2009).

I de fleste psykiatriske sykehus i Norge blir det ikke tilrettelagt for økt fysisk aktivitet, for å forebygge uønsket vektøkning (Thommesen, Martinsen og Arsky 2005).

”Overvektige personer kan ha en svært gunstig effekt av fysisk aktivitet uten å gå ned i vekt, fordi fysisk aktivitet har en rekke metabolsk effekt som beskytter mot den negative effekten av fedme.”
(Pedersen, Hjartåker og Anderssen 2009, s. 366).

For å forebygge sykdommer relatert til våre levevaner, som for eksempel hjerte- og karsykdommer, er det viktig med tilstrekkelig fysisk aktivitet. Voksne personer bør være i fysisk aktivitet i minimum 30 min. hver dag. Dette er i likhet med et energiforbruk på ca. 630 kJ (150 kcal). Aktiviteten kan deles inn i for eksempel 10 min. varighet. For å forebygge vektøkningen, er det nødvendig med fysisk aktivitet i ca. 60 min. per dag (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

”Det er nødvendig med 60 min. daglig aktivitet av moderat intensitet for å forebygge overgangen fra normalvekt til overvekt eller fedme ”
(Pedersen, Hjartåker og Anderssen 2009, s. 368).

Regelmessig aktivitet og trening er med på å føre til mer balansert regulering av appetitten, slik at matinntaket svarer til forbruk av energi. I tillegg til dette er det viktig med regelmessig fysisk aktivitet og god ernæring for at organer og vev skal utvikle normalt. Lite fysisk aktivitet hos voksne fører til fysiologiske forandringer. I tillegg til dette kan lite fysisk aktivitet medvirke til blant annet fordøyelsesproblemer (Korsnes 2009).

Fysisk aktivitet har en stor innvirkning på metabolismen og mangedobler energiforbruk under aktivitetene. Konsentrasjonen av HDL- kolesterole økes ved fysisk aktivitet, mens nivået av triglyserider og LDL- kolesterol senkes. Dette er med på å føre til at sult opplevelsen er i samsvar med energibehovet (Sortland 2007).

Det moderne samfunnet fremmer en livsstil med lav energiforbruk og høy energiinntak. For mange går arbeidsdagen ut på å sitte stille foran teknologisk utstyr. Og på fritiden blir tv- og datamaskiner mye brukt som underholdning. Forskning viser at ca. 70 % av voksne personer er fysisk inaktive, som kun mosjonerer en gang, eller mindre enn en gang pr. uke (Drevon, Blomhoff og Bjørneboe 2007).

3.6 VEILEDNING OG UNDERVISNING

Ordet veiledning kan defineres som en form for opplæring eller undervisning.

Veiledning kan ses på som assistanse i eget læringstrev, utvikling og læring. Veiledning kan være å legge til rette for bedre læring og utvikling eller forandring. Begrepet veiledning brukes i mange sammenhenger, i undervisning, faglitteratur, ulike planer med mer. Begrepet benyttes i relasjon til elever, studenter, yrkesutøvende og det brukes i markedsføring, ulike brosjyrer og brukerveiledninger. Det vesentligste er at dersom veiledningen inngår i en faglig sammenheng må den ha et faglig fundament. Veilederen må vite hva han gjør, hvorfor han gjør det og hvordan. Dette er viktig blant annet fordi man ønsker å være konsekvent. Veiledning av en pasientgruppe bør følge det samme mønster fra gang til gang for ikke bli tilfeldig (Tveiten 2008).

En veileder er som en medhjelper på veien, en som er sammen med pasienten og hjelper pasienten til å se sine egne mål. Når det trengs, skal veilederen kunne gi informasjon og veiledning til pasienten (Eide og Eide 2010).

Å gi informasjon som er hjelpende, er å formidle kunnskapen som pasienten har behov for og er i stand til å ta imot. Dette gjelder i alle situasjoner som pasienten befinner seg i, og derfor er det veldig viktig å tenke gjennom den måten man informerer på, og hvorfor man gjør det på akkurat den måten. Den viktigste kommunikative utfordringen når det gjelder sykdommen, kan være å gi god og tilstrekkelig informasjon. Det krever omtanke for å tilpasse og formidle informasjon etter pasientens behov. Pasienten skal høre, forstå og huske det som er nødvendig, og i tillegg til dette skal pasienten oppleve å bli ivaretatt på en god måte (ibid).

Psykose medfører svikt i egofunksjonene og gir vesentlige utfordringer når det gjelder å tilpasse seg livssituasjonen. Undervisning og rådgivning innen helse må ta utgangspunkt i pasientens behov for kunnskap. Dette må gjøres på en måte som tar hensyn til hva pasienten synes er vesentlig i forhold til sin situasjon. Pasientens behov bør komme

først, deretter tema som er viktige i forhold til mestring av lidelsen og livet i hverdagen. Pasientens egofunksjoner kan styrkes gjennom utvikling av selvinnsikt, situasjonsforståelse og relevant kunnskap. For den psykotiske vil sykepleier-pasient forholdet være en god ramme for utvikling av egofunksjonene. Det kan være hensiktsmessig å fokusere på informasjon om lidelsen, mestring av symptomer, informasjon om medikamenter og bivirkninger av disse og generelle helseråd tilpasset pasientens lidelse, hans medikamenter med aktuelle bivirkninger og ikke minst hvordan forholde seg til omgivelsenes reaksjoner (Hummelvoll 2006).

3.7 SYKEPLEIETEORI

3.7.1 PRESENTASJON AV DOROTHEA OREM

Dorothea Orem (1914- 2007) utdannet seg som sykepleier i 1939 og fram til 1959 jobbet hun med å utvikle sin sykepleieteori. I 1971 kom boka *Nursing: Concepts of Practice*. I denne boka presenterer hun egenomsorgsstenkingen og teorien om egenomsorgssvikt (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2007).

3.7.2 OREMS SYKEPLEIETEORI

Orem ser på sykepleiere som erstatning for egenomsorg i situasjoner, hvor pasienten ikke er i stand til å ivareta det selv. Hun sier også at sykepleierens mål er å hjelpe disse pasientene til uavhengighet i aktiviteter og gjøremål (Kirkevold 2006).

Teorien til Orem om egenomsorgssvikt deles inn i tre deler: Teorien om egenomsorg, teorien om egenomsorgssvikt og teorien om sykepleiesystemene.

Orems teori om egenomsorg består av tre sentrale begreper: egenomsorg, terapeutiske egenomsorgskrav og egenomsorgskapasitet. Egenomsorg og omsorg blir beskrevet som all menneskelig atferd som læres av atferd og som består av vaner (Kristoffersen,

Nortvedt og Skaug 2007).

”Egenomsorg kan enklest defineres som individets evne og vilje til å utføre aktiviteter som er nødvendige for å leve og overleve”
(Cavanagh 1999).

De aktivitetene som individet iverksetter og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære kalles egenomsorg. Dette bør ikke bli sett på som en rutinemessig handling, hvor man utfører noe uten å tenke seg om. Egenomsorg krever at en er i stand til å forstå helsetilstanden til pasienten fornuftig og kunne ta hensiktsmessige beslutninger og tiltak (Cavanagh 1999).

I teorien om egenomsorgssvikt blir egenomsorgsbegrepet utdypet enda mer. Beskrivelse av forhold mellom menneskets evne til egenomsorg og de samlede kravene til hva det å ivareta egenomsorg består i, er teorien om egenomsorgssvikt (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2007). Teorien om egenomsorgssvikten er en beskrivelse av og forklaring på hvorfor en person trenger sykepleie. I denne teorien skjer det en svikt dersom egenomsorgskravene er større enn evnen til å oppfylle kravene (egenomsorgskapasitet) (Kirkevold 2006).

Teorien om sykepleiesystemene handler om å tilrettelegge hjelp der det er omsorgssvikt. Orem mener at sykepleieren skal erstatte for pasientens manglende omsorgsevne, og eventuelt utvikle denne evnen hos pasienten til omsorg, der det er mulig. Orem beskriver tre sykepleiesystemer, som svarer til ulike grader av svikt i pasientens egenomsorgsevne (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2007). Under disse tre sykepleiesystemene benytter sykepleieren fem hjelpemetoder. Disse hjelpemetodene kan bli brukt i alle tre systemene. Etter hvert som pasientens tilstand endres, endres også systemet, og dermed hjelpemetoden (Kirkevold 2006).

De hjelpemetodene sykepleie bruker, er avhengig av om pasientens egenomsorgskapasitet er sviktende eller ikke. Bruken av hjelpemetoder må forandres underveis når pasientens tilstand forandrer seg (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2007).

Vi har her valgt å gå nærmere inn på Orems 5 hjelpemetoder.

- *Å gjøre noe eller handle for en annen* vil si at sykepleieren erstatter pasientens ressursvikt ved å utføre handlinger som er i samsvar med pasientens terapeutiske egenomsorgskrav. For å oppnå et bestemt mål for pasienten, må sykepleieren bruke sin sykepleiekapasitet.
- *Å veilede og rettlede en annen* går ut på at sykepleieren veileder pasienten under planleggingen og utføringen av egenomsorgshandlinger. Veiledning kan brukes som hjelpemetode der pasienten må ta valg eller følge en handlingsplan.
- *Å sørge for fysisk og psykisk støtte* kan kombineres med veiledning. Det går ut på at sykepleieren må delta i pasientens anstrengelse for å kunne nå målet.
- *Å sørge for omgivelser som fremmer utvikling* innebærer å tilrettelegge omgivelsene som motiverer pasienten til å sette seg mål, og til å ta initiativet til handlinger i samsvar med målene. Metoden brukes sammen med undervisning og de andre hjelpemetodene.
- *Å undervise* brukes når pasienten må lære seg noe nytt for å kunne mestre egenomsorgen. Pasienten kan ikke lære, hvis han ikke er klar over at han mangler kunnskap. Da er det sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten med å forstå dette. Når undervisningen skal planlegges eller gjennomføres bør sykepleieren ta hensyn til pasientens bakgrunn, tidligere erfaringer, vaner og livsstil.

(Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2007)

4.0 DRØFTING

4.1 HVORDAN VEILEDE OG INFORMERE EN PSYKOTISK PASIENT

Veiledning og opplæring ligger til grunne for at pasienten skal klare seg selv når han kommer hjem. Dette fordi et opphold på et sykehus, for de fleste pasienter, bare utgjør en liten del av deres liv. Det er veldig viktig å huske på at et sykehusopphold kan ha en sterk signaleffekt og kan for mange pasienter virke opplærende (Thommesen, Martinsen og Arsky 2005).

Sykepleie- pasient fellesskapet kan beskrives slik:

"Det terapeutiske forhold som dannes som følge av pasientens behov for hjelp, og sykepleierens svar på dette. Denne alliansen preges av et opplevelses- og arbeidsfellesskap som har til hensikt å gi pasienten øket selvinnsett og situasjonsforståelse og gjennom dette bidra til at pasienten i størst mulig grad blir i stand til å bearbeide og løse sitt helseproblem (eventuelt å leve med det). For at dette skal skje, er det vesentlig at sykepleieren makter å varierer mellom nærhet og avstand- støtte og utfordring"
(Hummelvoll 2006, s. 41).

Måten vi som sykepleiere møter psykotiske pasienter på, har betydning for videre arbeid med denne gruppen. Dette fordi det er i det første møte, vi danner en viktig relasjon til pasienten. Sykepleieren skal være pasientens medhjelper. Når det gjelder denne gruppen pasienter er det kommunikative en stor utfordring, fordi de har en forstyrret virkelighetsoppfatning og lever i et tankemessig kaos (Hummelvoll 2006).

Vi må danne oss et bilde av hva pasienten sitter inne med av kunnskap om sin situasjon, slik at vi får forståelse for hvilke behov for kunnskap pasienten trenger. Det er også viktig at informasjonen er individuelt tilpasset den enkelte og at informasjonsmengden ikke er for stor slik at pasienten skal kunne holde fokus (Hummelvoll 2006). Orem sier at sykepleieren må ta hensyn til pasientens bakgrunn, vaner og livsstil når undervisningen skal planlegges eller gjennomføres. Dette er med på å påvirke

læreevnene hos pasienten, og derfor må undervisningen tilpasses til hver enkelt, ut i fra hvilken tilstand de er i (Kristoffersen, Nordtvet og Skaug 2005).

Dermed mener vi at det er viktig å gi nødvendig informasjon som vi vet at pasienten har behov for og er i stand til å ta imot og informasjonen bør være konkret og enkel. En samtale og veiledning bør være kort, på grunn av at denne pasientgruppen blir fort slitne og mister fokus. Vi må tenke igjennom måten vi informere på og hvorfor vi gjør det. Vi må hele tiden tilpasse situasjonen etter hva pasienten har tilegnet seg og pasientens selvinnsikt (Eide og Eide 2010). Orem mener at dersom pasienten ikke er klar over sine manglende kunnskaper, eller hvis han ikke er interessert i å lære, kan ikke undervisning brukes som en metode. Dette er på grunn av at pasienten er lite eller ikke mentalt forberedt på å lære. Derfor er det viktig å gi nødvendige informasjon som pasienten er i stand til å ta imot. Dermed får pasienten muligheten til å forstå at han trenger hjelp på grunn av sine manglende kunnskaper, eller for å vekke interessen til å lære (Kristoffersen, Nordtvet og Skaug 2005).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere støtter opp under dette.

"Sykepleieren ivaretar en helhetlig omsorg for den enkelte pasient. Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått."

(Norsk sykepleieforbund 2001).

I forhold til sykepleie- pasient fellesskapet er det en del sentrale hjørnesteiner som påvirker vårt møte med vår pasientgruppe. I teoridelen har vi valg å se nærmere på 7 av 9 hjørnesteinene. Vi vil her komme nærmere inn på disse.

- Likeverdighet, som sykepleier må man kunne åpne seg for pasientens uvirkelige opplevelser og situasjon, slik at vi blir en del av hans virkelighet. Dermed viser vi respekt ovenfor pasienten, ved at vi viser at vi er der for pasienten og støtter han i hans situasjon. Vi bekrefter ikke at det pasienten opplever er virkelig, men vi respekterer hans identitet.

- Å lytte til pasienten er en forutsetning, for å kunne forstå hans opplevelser og situasjon. Ved å lytte får man også et godt nærvær til pasienten, slik at han får et bra jeg- du forholdt til sykepleieren. Det er også viktig å tenke på at vi, som sykepleiere ikke skal trenge oss inn på pasienten, på en sånn måte at han føler at vi forandrer pasienten eller noe i hans liv, uten at han aksepterer det.
- I møte med pasienten må vi som sykepleiere kjenne pasientens begrensninger og hva han mestrer, slik at vi kan gi pasienten oppgaver eller utfordringer vi vet han mestrer, dermed vil pasienten føle selvaktelse. Det er også viktig å gi pasienten positive tilbakemeldinger på de problemløsende tiltakene pasienten har prøvd tidligere, uavhengig av om dette har fungert eller ikke.
- Når det gjelder ansvar og valg, mener vi det er viktig at vi som sykepleiere avklarer hva vi forventer av pasienten og hva han kan forvente av oss. Vi kan hjelpe pasienten med å finne valgmuligheter, men pasienten må selv ta valget og stå for eventuelle konsekvenser. Det er av stor betydning at det pasienten har gjort tidligere ikke blir et fokus, men at man tenker på nå- og fremtid.
- Pasienten må selv ha et mål om å bedre sin egen livskvalitet og overvekt, for at vi skal kunne hjelpe han. Derfor må vi jobbe ut ifra pasientens egne mål og verdigrunnlag. Så i vårt tilfelle må pasienten selv ha en forståelse av at han står i fare for å bli overvektig, og han må ha et mål om å gå ned i vekt.
- Åpenhet er noe som ikke kan tvinges frem, men som må komme som følge av en trygg relasjon mellom sykepleier og pasient. Vi som sykepleiere bør være oppriktige og åpne, pasienten får da et trygt kontaktforhold til oss. Dette gjør det da lettere for pasienten å åpne seg. Åpenhet fører til innsikt, som gir oss mulighet til å se hvilke verdier pasienten har. Dette kan eksempelvis være at når vi ser pasientens verdier gir det oss bedre grunnlag for å kunne hjelpe pasienten.

- Noe av det viktigste i livet er håp, men håp er ikke alltid forenelig med virkelighet. Vi mener det er viktig å avdekke pasientens håp og ønsker, dette er en forutsetning for fellesskapet mellom sykepleier og pasient. I de tilfeller der håp og ønsker er urealistiske er det vår oppgave som sykepleier å utforme alternativer, som pasienten kan godta.

(Hummelvoll 2006)

I forhold til Orems teori om egenomsorg, bør det brukes mye av det støttende og undervisende systemet for disse pasientene. Dette vil være til hjelp når vi som sykepleier skal hjelpe pasientene med å begrense vektøkning. Å bruke veiledning er en egnet hjelpemetode for pasienter som er i situasjoner hvor de må kunne ta egne valg eller følge en viss handlingsplan. Disse pasientene må da kunne følge en handlingsplan om kosthold og fysisk aktivitet. Når pasientenes sykdomstilstand forverres har de behov for mer hjelp, dette ved hjelp av assistanse i hverdagen. Det er viktig at sykepleiesystemene blir fulgt opp og at hjelpemetodene eventuelt blir endret underveis, slik at pasientene får mulighet til bedre mestring i hverdagen (Kristoffersen, Nordtvet og Skaug 2005).

4.2 KOSTHOLD INNEN PSYKIATRIEN

En viktig forutsetning for å opprettholde god helse er et balansert og sunt kosthold (Pedersen, Hjartåker og Andersen 2009).

Vi legger Sosial- og Helsedirektoratets retningslinjer for hva som er normal kost til grunn når vi veileder/informerer pasienten om kosthold (Sortland 2007). Disse rådene kan bli sett på som for kompliserte for denne pasientgruppen, da sykdommen gjør at de lett mister fokus, slik at pasienten ikke hører, forstå eller husker det som er nødvendig. Derfor må vi som sykepleiere forenkle og gjøre rådene lettere forståelige for pasienten (Eide og Eide 2010). Som for eksempel "Nøkkelhullet" som bygger på mange av de

samme kravene til normalkost, som blir referert av Sosial- og Helsedirektoratet.

"Nøkkelhullet" blir i dag brukt av norske ernæringsmyndigheter, som en referanse på at den merkede matvaren er et sunnere alternativ. Matvaren bærer krav til kriterier for innhold av salt, sukker, fiber, fett og mettet fett (Pedersen, Hjartåker og Anderssen 2009). Vi synes dette merkesystemet gjør det lettere for pasienten å velge riktig produkt. Dermed trenger de ikke å sette seg inn i hva de forskjellige matvarene inneholder, men bare se etter det grønne nøkkelhullet. Disse matvarene skal også ha en lettfattelig oversikt som viser næringsinnholdet. Dette er en forenklet måte, slik at pasienten selv finner frem til de produktene, som har riktig sammensetning av næringsstoffer.

I tillegg bør pasientene også forholde seg til nøkkelråd for kosthold fra Helsedirektoratet. Denne pasientgruppen trenger konkret oversikt over hva de kan og ikke kan spise. Det å ta valg kan være vanskelig i en kaotisk og forvirrende hverdag. Sykepleierens ansvar her blir å komme med de riktige og sunne valgmulighetene, så er det opp til pasientene selv å velge. Derfor mener vi at disse nøkkelrådene kan være et eksempel på hva de kan spise og hva de bør bytte ut.

- Spis minst tre porsjoner grønnsaker og to porsjoner frukt daglig, enten som måltider, pålegg eller som dessert/kaffe mat.
- Velg kokte eller bakte poteter fremfor chips og pommes frites.
- Spis grove korn og brødvarer, i tykke skiver.
- Spis mer fisk- og fiskemat, både som pålegg og middag.
- Velg rene, magre og lette kjøttprodukter
- Velg rene, magre og lette meieriprodukter i moderate mengder, lettrømme kan spares til fest!
- Velg myk vegetabilsk margarin eller olje som rapsolje og olivenolje, framfor hard margarin eller smør.
- Kutt ned på inntak av sukker, særlig i form av brus og godteri. Alternativ snacks kan være frukt, samt mandler, valnøtter og peanøtter i moderate mengder.

- Vær varsom med saltinntaket.
- Vann er den beste tørstedrikken, men skummetmelk, ekstra lett lettmelk og te er også gode måltidsdrikker.

Dette kan for eksempel brukes som oppslag/ plakat eller være en brosjyre som vi kan henge opp eller gi ut til pasientene.

"Mattilbudet og ernæringsbehovet må tilpasses den enkelte pasient"

(Statens ernæringsråd, Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner 1995 s.59).

Det er sjeldent psykiatriske pasienter får tilbud om tilpasset kost og det er sjeldent en del av behandlingstilbudet (Thommessen, Martinsen og Arsky 2005). Vi tror at dersom disse pasientene hadde fått et slikt tilbud, kunne dette kanskje ha hindret noe av vektøkningen. Det bør ikke være slik at man skal vurdere om disse pasientene behøver eller skulle ha fått et tilbud, men det er faktisk vårt ansvar å kunne gi dem et slikt tilbud.

Det er anbefalt å ha tre måltider om dagen, i tillegg kommer det mellommåltider (Drevon, Blomhoff og Bjørneboe 2007). I Statens ernæringsråd fra 1995 står det at det er viktig med faste spisetider, slik at pasienten får regelmessighet og en struktur på dagen. Regelmessighet er viktig for denne pasientgruppen, da deres sykdom gjør at de lever i en forvirret og kaotisk hverdag (Skårderud, Haugsgjerde og Stanicke 2010). I tillegg til dette fører bruken av antipsykotika til at de har en redusert effekt av serotonin, som igjen fører til redusert metthetsfølelse. De har også på bakgrunn av dette et stort behov for sukkerholdig og fet mat (supersmaklig mat) (Erlanson- Albertsson 2007). Derfor mener vi at det å ha regelmessige og faste måltider er viktig, for å hindre småspising. Denne regelmessigheten bør overføres til 4-5 måltider per dag. Ved å fordele på så mange måltider, sikres det en jevn regelmessig energifordeling gjennom hele dagen. Dette vil også kunne føre til et stabilt og jevnt blodsukker (Korsnes 2009).

Vi har erfart at det er stor avstand mellom det som bør gjøres og det som blir gjort. Mat blir ofte brukt som mestring, læring og sosial trening. I tillegg har det blitt mindre fokus på den ernæringsmessige kvaliteten (Drevon, Blomhoff og Bjørneboe 2007). Det er også vanlig at det ofte blir servert kaffe, kaker og fettrik mat innenfor psykiatriske institusjoner for kosens skyld (Statens Ernæringsråd, Retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner 1995).

I et prosjekt som ble foretatt ved 20 ulike poster på norske psykiatriske sykehus. Hvor målet var å begrense inntaket av fett- og sukkerholdig mat. Kom det frem ved 8 poster at det var motstand fra personalet til å innføre dette, da de mente at det for kosens skyld var viktig med kaker, kjeks, vafler, dessert og sene kveldsmåltider. Videre kom det frem at der dette ble gjennomført, var det vanskelig å holde motivasjonen oppe for disse endringene, så lenge de ikke så tydelige resultater. (Thommesen, Martinsen og Arsky 2005).

I vekt og helserapporten fra Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet 2000, kommer det frem at vi som helsepersonell har et ansvar, vi bør forebygge vektøkning for de som bruker antipsykotika. Helsepersonell bør også sette seg inn i hvordan vektøkningen påvirker pasientene psykisk og fysisk. Vi som helsepersonell bør være forberedt på å hjelpe, om vi ikke er i stand til dette skal vi henvise pasienten videre til solide behandlingsmuligheter.

4.3 FYSISK AKTIVITET INNEN PSYKIATRIEN

Fysisk aktivitet er også en viktig forutsetning for god helse, dette fordi det har innvirkning på vekstabilitet, kroppssammensetning og omsetning av næringsstoffer (Pedersen, Hjartåker og Andersen 2009). Vi mener det er sykepleierens ansvar å motivere, veilede og tilrettelegge for gjennomføringa av fysisk aktivitet. Dette kan for eksempel være at det settes inn faste aktiviteter på pasientenes ukeplaner, som for eksempel gå turer, svømming, sykling etc. (Thommessen, Martinsen, Arsky 2005). Det

er satt som et minimum at for å kunne forebygge sykdommer relatert til livsstil, som for eksempel hjerte- kar sykdommer bør man være fysisk aktivitet i minimum 30 minutter daglig. For å kunne forebygge overvekt og fedme er det nødvendig med fysisk aktivitet med en varighet på minimum 60 minutter per dag (Sosial- Helse direktoratet 2005). Vi mener dette kan være vanskelig for en del av disse pasientene. Den fysiske aktiviteten kan heller deles inn i økter av kortere varighet, i for eksempel 10 minutter. Det vi som sykepleiere kan gjøre, er at vi kan prøve å legge den fysiske aktiviteten inn i pasientens daglige gjøremål. Dette kan for eksempel skje ved at det tilrettelegges for at pasienten kan eksempelvis hente aviser til avdelingen, gå ut med søppel, hente tøy, være med å hente mat, være med på renhold etc.

Det blir i dag satt lite fokus på fysisk aktivitet i forhold til forebygging av vektøkning, på psykiatriske avdelinger. Dette muligens fordi det er en stor utfordring og innebærer vanskeligheter, både for pasientene og helsearbeiderne. En av utfordringene for å gjennomføre fysisk aktivitet er alvorlighetsgraden av pasientens sykdom, som gjør at det i perioder kan være vanskelig å gjennomføre tiltak for økt fysisk aktivitet. Det er også en utfordring at både pasientene og helsearbeiderne mister motivasjonen og viljen når de ikke ser rask nok effekt av det forebyggende arbeidet (Thommesen, Martinsen og Arsky 2005). Men selv om man ikke ser nedgang i vekt, vil overvektige personer ved fysiske aktivitet ha en god metabolsk effekt, som har en beskyttende virkning mot de negative effektene av fedme (Pedersen, Hjartåker og Andersen 2009).

Det er kjent at en del annengenerasjons antipsykotika kan ha bivirkninger som øker LDL- kolesterolet og triglyserid nivået i plasma. Det er også kjent at de kan gi et forhøyet blodsukker. Disse bivirkningene kan videre føre til at pasientene ligger i faresonen for å utvikle hjerte-kar sykdommer og diabetes type 2 (Lingjærde 2006). Vi mener derfor at det er viktig at disse pasientene er fysisk aktive. Dette fordi energiforbruket blir mangedoblet under fysisk aktivitet, noe som fører til at konsentrasjonen av HDL- kolesterolet økes, mens LDL-kolesterolet og nivåene av triglyserider senkes (Sortland 2007). Det er også gunstig for regulering av blodsukkeret, ved at blodglukose er energi for de store muskelgruppene (Drevon, Blomhoff og

Bjørneboe 2007).

Fysisk aktivitet kan være med på å føre til en bedre balansert regulering av appetitten (Korsnes 2009). Dette kan ha en positiv innvirkning på denne pasientgruppen. På grunn av at de bruker medikamenter som virker blokkerende på serotonin reseptorene som regulerer metthetsfølelsen. Dermed har de redusert metthetsfølelse (Lingjærde 2006). Vi mener derfor at den fysiske aktiviteten kan hjelpe disse pasientene med bedre appetittregulering. Fysisk aktivitet kan også være med på å motivere for et bedre kosthold, samt kunne bidra til en reduksjon av alkohol- og tobakksforbruk. (Drevon, Blomhoff og Bjørneboe 2007).

I dagens samfunn er mange fysisk inaktive på grunn av at den teknologiske utviklingen har ført til at folk heller sitter inne, med data og tv underholdning. Det er dermed viktig at man prøver å bryte med dette mønsteret og erstatte det med underholdning som er fysisk utfoldende. Fritidsaktiviteter som turer i skog og mark, fiske, sport, sykling også videre. Den teknologiske utviklingen på arbeidsplassen har også ført til at det har blitt mindre fysisk arbeid (ibid).

4.4 OVERVEKT HOS PASIENTER SOM BRUKER ANTIPSYKOTIKA

Overvekt er et økende problem generelt i den norske befolkning og er i dag regnet som det mest vanlige helseproblemet relatert til ernæring (Drevon, Blomhoff og Bjørneboe 2007).

Blant pasienter som bruker antipsykotika er det flere faktorer som har innvirkning på overvekt og ikke bare ernæring. Det er bivirkningen av den medikamentelle behandlingen som har blitt mest vektlagt. Det som ofte blir glemt er pasientenes livsstil, som kan ha stor innvirkning på vektøkningen (Thommesen, Martinsen og Arsky 2005).

Pasientenes livsstil er ofte forbundet med manglende initiativ som følge av deres sykdom. Dette kan føre til at det er tungt å komme i gang med både matlaging og fysisk aktivitet. Dermed tyr de ofte til lettvinne løsninger med mye ferdigmat, samt fett og sukker (Hånes 2007). I tillegg til dette er overvekt som bivirkning ved bruken av en del a-typiske antipsykotika velkjent. Dette kombinert med livsstilen til disse pasientene gjør at de er spesielt utsatte for å utvikle overvekt.

Overvekt kan føre til en økt psykologisk belastning. Som igjen kan føre til redusert selvfølelse og begrenset livsutfoldelse. I tillegg blir ofte personer med overvekt og fedme diskriminert i mange sammenhenger (Drevon, Blomhoff og Bjørneboe 2007).

Dette er en pasientgruppe som kan på grunn av sin sykdom være sosialt tilbaketrukket. Vi mener at overvekten sammen med de andre faktorene som for eksempel medikamenter, kosthold og fysisk inaktivitet, kan forverre dette ytterligere. Dermed kan de falle inn i en ond sirkel, hvor de står i fare for å legge på seg enda mer.

5.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

I denne oppgaven har vi sett nærmere på hva vi som sykepleiere kan gjøre i forhold til å begrense vektøkning, hos pasienter som bruker antipsykotika. Vi har sett at overvekt hos psykotiske pasienter er et velkjent problem. Samtidig synes vi at dette er noe som ved mange psykiatriske avdelinger ikke blir fulgt tilstrekkelig opp.

Vi har sett at uønsket vektøkning blant psykotiske pasienter som bruker antipsykotika, er en utfordring, både for pasientene og sykepleierne. Den uønskede vektøkningen er av størst utfordring når det gjelder det helsemessige, dette kan for eksempel føre til hjerte-kar sykdom.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi lært mer om hva som har blitt gjort og hva som burde gjøres. Ved hjelp av informasjon, veiledning og tiltak som omhandler kosthold og fysisk aktivitet, tror vi at det er mulig å styrke pasientens mulighet for bedret egenomsorg, både under innleggelse og etter utskrivning. Dette kan da føre til redusert vektøkning. Det er sykepleierens ansvar å veilede og informere, og det er den enkeltes ansvar å ha nok fagkunnskaper til å kunne gjennomføre dette. Det er ikke bare pasientene som trenger denne veiledningen, men også helsepersonell generelt. Vi tror veiledning av helsepersonell kan føre til holdningsendringer, som gjør at de får en bedre forståelse for hva som er til det beste for pasienten. Etter arbeidet med denne oppgaven har vi fått en forståelse av at helsepersonell ofte tror de gjør det beste for pasientene, men i virkeligheten gjør de ofte det motsatte. Dette kan for eksempel være at de til stadighet tilbys usunn mat, med mye fett og sukker, for kosens skyld. Det har også vært en holdning at pasienter bør ha ro og hvile, også innen psykiatrien.

Det er vanskelig for oss å komme med noe fasitsvar på hva som bør gjøres for å bedre dette problemet. Men vi tror at enkle, konkrete og ofte små endringer kan føre til bedre kostvaner og økt fysisk aktivitet, som i neste omgang bidrar til mindre vektøkning. Under arbeidet med denne oppgaven har vi sett på forskjellige tilbud som pasientene kunne benyttet seg av i form av livsstilskurs, kostholdskurs og diverse kurs/grupper som omhandler fysisk aktivitet. Vi har valgt å ikke skrive noe om disse, men vil med dette allikevel komme med forslag til et kurs, som er utarbeidet av Helsedirektoratet og som er et tilbud som finnes i flere kommuner. Dette kurset blir kalt Bra Mat- kurs og er et kurs som vi tror ville passe både for pasientene og helsepersonell. Kurset bygger på de offisielle kostrådene, men blir formidlet på en forståelig og enklere måte. Kurset går ut på å hjelpe, støtte og motivere deltakerne, slik at de klarer å gjøre positive forandringer i sitt kosthold.

(Helsedirektoratet 2009)

6.0 ETTERORD

Det har vært en lærerik og spennende prosess å jobbe med denne oppgaven. Vi var enstemmige og klare på valget av tema, allerede i starten av prosessen. Gjennom hele oppgaven har vi jobbet jevnt. Det å jobbe i en gruppe har ført til at vi måtte ha evnen til å samarbeide godt oss imellom, organisere og delegere. Dette har ført til at vi har jobbet strukturert og disiplinert, noe vi også har stor nytte av videre i sykepleieryrket.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi fått muligheten til å fordype oss i disse emnene: psykotiske pasienter, virkning og bivirkning av antipsykotika, overvekt og fedme, veiledning til psykotiske pasienter, kosthold og fysisk aktivitet. Dette har gitt oss mer kunnskap og en bedre forståelse for temaet, som vi vil ha videre nytte av i vår jobb som sykepleiere. Vi har også fått bedre kunnskap i bruken av databaser og i det å søke frem til relevant litteratur, samt det å behandle litteraturen og utøve kildekritikk.

Vi er fornøyde med produktet og føler vi har nådd målet med denne eksamenen. Allikevel skulle vi gjerne hatt bedre tid til ytterligere fordypning i temaet, men på grunn av de rammene som lå til grunn for oppgavens omfang, førte det til at vi måtte gjøre en del avgrensninger.

Vi håper denne oppgaven kan være til inspirasjon for videre arbeid innenfor dette området.

LITTERATURLISTE

* Aveyard, H. (2007) *Doing a literature review in health and social care*. Berkshire: Open University Press.

* Cavanagh, S. J. (1999) *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

* Drevon, C. A. (red), R. Blomhoff og G.Aa. Bjørneboe (2007). *Mat og medisin- Nordisk lærebok i generell og klinisk ernæring*. 5.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Eide, H. og T. Eide (2010). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. 4. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk

* Engelstad, J. S. og K. Engedal (2008). *Psykiatrici- kunnskap- forståelse og utfordringer*. 3.utg. 1 opplag. Trondheim: Akribe forlag

* Erlanson- Albertsson, C. (2007). *Hunger och mattnad*. Lund, Sverige: Studentlitteratur

* Helsedirektoratet (2009) *Bra mat- kurs* [online] URL: http://www.helsedirektoratet.no/ernaering/helsepersonell/bramat/popul_re_kurslederkurs_bra_mat_644974 (14.11.10)

* Helsedirektoratet (2010). *Kostholdsrad* [online] URL: <http://www.helsedirektoratet.no/ernaering/kostholdsrad/> (18.10.10)

Hummelvoll, J. K. (2006). *Helt- ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

* Hånes, H. (2007). Glemt av hjertemedisin. *Dagens Medisin*, nr. 21 s.21.

* Kirkevold, M. (2006). *Sykepleier- analyse og evaluering*. 2. utg. 1998, 5.opplag 2006. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

* Korsnes, B. (2009). *Mat og helse*. 1.utg. 1.opplag. Otta Cappelen Akademisk Forlag.

Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E.A. Skaug (2007). *Grunnleggende sykepleie, bind 2 og 4*. 1. utg. 2. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Lingjærde, O. (2006). *Psykofarmaka, Medikamentell behandling av psykiske lidelser*. 5.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

* Nordeng, H. og O. Spigset (2007). *Legemidler og bruken av dem*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk sykepleierforbund (2001) *Yrkesetiske retningslinjer* [online] URL:

https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/282884/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF (20.10.10)

* Pedersen, J. I., A. Hjartåker og S.A. Anderssen (2009). *Grunnleggende ernæringslære*. 1.utg. 1.opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk

* Reynolds, G.P, M.J Hill og S.L Kirk (2006). The 5-HT_{2C} receptor and antipsychotic-induced weight gain- mechanisms and genetics. I: *Journal of Psychopharmacology*- 20 (4) Supplement; s. 15-18.

* Skårderud, F., S. Haugsgjerde og E. Stanicke (2010). *Psykiatriboken, Sinn- kropp-samfunn*. 1. utg. 1. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Sortland, K. (2007). *Ernæring - mer enn mat og drikke*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

* Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten*. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet.

* Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Norsk anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet*. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet.

* Statens Ernæringsråd (1995). *Retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.

* Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (2000) *Vekt- Helse rapport nr. 1*.

*Thommesen, M.H., E.W. Martinsen og G.H. Arsky (2005). *Kosthold og fysisk aktivitet ved psykiatriske institusjoner*. Tidsskrift for Den norske legeforening 125 (23) s. 3297-3299.

*Tighe, S. og T. Dinan (2005). An overview of the central control of weight regulation and the effect of antipsychotic medication. I: *Journal of Psychopharmacology*. 19 (6) Supplement, s. 36-46

* Tveiten, S. (2008). *Veiledning- mer enn ord...* 3. utg. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Undervisningsplan studieenhet 3, Bachelor i sykepleie, Kull 07HBSPLH. Høgskolen i Gjøvik, Avdeling for helse, omsorg og sykepleie, Seksjon for sykepleie. August 2000