



Kunnskap for en bedre verden

SPL3903 BACHELOROPPGAVE :

**SYKEPLEIEINTERVENSJONER
TIL PASIENTER MED
SCHIZOFRENI OG METABOLSK
SYNDROM**

FORFATTERE:

MARTINE AUKRUST STENSAAS

IDA SALLING VON KROGH

TRINE GAMMELTORP

KARL ERIK TVEDT

KULL: 13HBSPLH

Dato: 20.05.2016

Sammendrag

Tittel:	Sykepleieintervensjoner til pasienter med schizofreni og metabolsk syndrom	Dato : 20/5-2016
Deltaker(e)/	Martine Aukrust Stensaas Ida Salling von Krogh Karl Erik Tvedt Trine Gammeltopt	
Veileder(e):	Bente Thyli	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Schizofreni, metabolsk syndrom, antipsykotika, sykepleieintervensjon	
Antall sider/ord: 45/13215	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: ja
<p>Bakgrunn: Personer med schizofreni har ofte en livsstil preget av usunt kosthold og inaktivitet. Livsstil sammen med bivirkninger fra behandling av antipsykotika, gjør at personer med schizofreni blir mer utsatt for kardiovaskulære risikofaktorer og metabolsk syndrom. Sykepleieintervensjoner er metoder der sykepleieren kan komme med målrettede tiltak for å forebygge usunn livsstil og helseproblematikk.</p> <p>Hensikt: Hensikten med litteraturstudiet er å vise sykepleieintervensjoner som kan bidra til å bedre livsstilsrelatert helse.</p> <p>Metode: Det er benyttet litteraturstudie som metode. Det er videre foretatt et systematisk litteratursøk for å finne vitenskapelige artikler som kan være med å belyse temaet for studien. Seks artikler ble inkludert i studien.</p> <p>Resultat: Resultatene trekker frem at sykepleiere er viktige i det forebyggende arbeidet mot metabolsk syndrom hos pasienter med schizofreni. Sykepleiere må identifisere risikofaktorer og utvikle gode strategier tilrettelagt etter de individuelle behovene til pasienten. Det kom også frem ulike motivasjonsfaktorer og barrierer ved bruk av sykepleieintervensjonene.</p> <p>Konklusjon: De sykepleieintervensjonene som trekkes frem i denne litteraturstudien blir alle sett på som hensiktsmessige. Intervensjonene har både styrker og svakheter, og dette må bli tatt i betraktning når sykepleiere skal bruke de ved forebyggende arbeid hos pasienter med schizofreni. Tverrfaglig arbeid er nødvendig når intervensjonene skal implementeres sammen.</p>		

Abstract

Title:	Nursing interventions to patients with Schizophrenia and Metabolic syndrome.	Date :	20/5-2016
Participants/	Martine Aukrust Stensaas Ida Salling von Krogh Karl Erik Tvedt Trine Gammeltopt		
Supervisor(s)	Bente Thyli		
Employer:	_____		
Keywords (3-5)	Schizophrenia, Metabolic syndrome, antipsychotics, nursing intervention		
Number of pages/words: 45/13215	Number of appendix: 0	Availability (open/confidential): open	
<p>Background: People with schizophrenia often have a lifestyle characterized by unhealthy diet and physical inactivity. Lifestyle along with side effects from treatment with antipsychotics, make people with schizophrenia more prone to cardiovascular risk factors and metabolic syndrome. Nursing interventions are methods where the nurse comes with targeted initiatives to prevent unhealthy lifestyles and health issues.</p> <p>Aim: The purpose of the literature study is to show that nursing interventions can contribute to improve a health related lifestyle.</p> <p>Method: Literature study is the method used, followed by systematic research to find scientific articles associated and related to the theme of the dissertation.</p> <p>Result: The results emphasizes that nurses are essential in the prevention of metabolic syndrome among patients with schizophrenia. Nurses need to identify risk factors and develop good strategies, which are modified for the individual needs of the patient. Various motivators and barriers was brought to light by using nursing interventions.</p> <p>Conclusion: The nursing interventions that are mentioned in this literature study are all considered expedient. The interventions have both strengths and weaknesses, which must be taken into consideration when nurses are carrying out preventative care for patients with schizophrenia. When interventions are going to be implemented together, interdisciplinary work is necessary.</p>			

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
1. Innledning	5
1.1 Relevans til forskningsområde:	5
2. Bakgrunn	6
2.1 Egenomsorgsteorien.....	6
2.2 Fysisk- og psykisk helse hos pasienter med schizofreni.....	7
2.3 Sykepleieintervensjoner til pasienter med schizofreni	9
2.4 Hensikt og problemstilling.....	11
3. Metode	12
3.1 Litteraturstudie som metode	12
3.2 Søkeprosessen	13
3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	13
3.2.2 Søkoversikt	15
3.3 Analyse	16
4. Resultat	17
4.1 Skjematisk fremstilling av resultat.....	17
4.2 Sammenfatning av resultater.....	23
4.2.1 Forebyggende tiltak mot metabolsk syndrom	23
4.2.2 Sykepleieintervensjoner til pasienter med schizofreni	24
5. Drøfting	26
5.1 Schizofreni og egenomsorgssvikt	26
5.2 Sykepleieintervensjoner som hjelpemetode.....	27
5.2.1 Undervisning som hjelpemetode	29
5.2.2 Motiverende samtale som hjelpemetode	32
5.2.3 Gruppesamtale som hjelpemetode.....	33
5.3 Samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.....	35
5.4 Metodiske- og etiske overveielser	36
6. Konklusjon	38
7. Litteratur	40
Antall ord: 13215	

1. Innledning

Diabetes mellitus og kardiovaskulære risikofaktorer som hypertensjon, dyslipidemi og overvekt, ser man ofte hos personer med schizofreni. Denne gruppen med metabolske tilstander kalles felles for metabolsk syndrom (Weinmann, Read og Aderhold, 2009). Forekomsten av metabolsk syndrom ses i sammenheng med bruk av antipsykotiske legemidler, og spesielt annengenerasjons antipsykotika. Omtrent en tredjedel av pasientene som bruker antipsykotika kan bli rammet av denne alvorlige og potensielt dødelige tilstanden (Vancampfort mfl., 2015).

Studier utført i de nordiske landene viser til en økt forekomst av død blant pasienter med schizofreni (Tiihonen mfl., 2009; Høye, Jacobsen og Hansen, 2011; Crump mfl., 2013; Nielsen mfl., 2013). Forskjeller ved forekomst av dødelighet utgjør så mye som to til tre ganger mer og forventet levealder hos personer med schizofreni er anslått 15-20 år lavere enn den generelle befolkningen (Wahlbeck mfl., 2011). På grunn av de store forskjellene har det i nyere tid blitt et større fokus på årsakene bak den økte dødeligheten, og dette ses i sammenheng med forekomsten av kardiovaskulære sykdommer og metabolsk syndrom hos personer med schizofreni (Usher, Foster og Park, 2006; Weinmann, Read og Aderhold, 2009).

Wahlbeck mfl. (2011) ser at forventet levealder er fastslått av forskjellige helsefaktorer som livsstil, miljø og tilgang på helsevesen. Mangel på helsefremmende- og forebyggende arbeid trekkes frem som to av årsakene til det store gapet av forventet levealder hos personer med en psykisk lidelse og den generelle befolkningen. Sykepleieren sin rolle kan inneholde flere faktorer når man ser den opp mot den somatiske- og psykisk syke pasienten. Pasienten med en psykisk lidelse kan oppleve kompleks komorbiditet, og det vil kreve forskjellige behandlingsformer og intervensjoner som må tilpasses pasienten sin tilstand (Steylen mfl., 2013).

1.1 Relevans til forskningsområde:

Seksjon for sykepleie ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet avdeling Gjøvik har to områder innen sykepleie som det forskes på, profesjonskompetanse og kvalitet i sykepleien. Denne oppgaven relateres til området Kvalitet i sykepleie (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2015).

2. Bakgrunn

2.1 Egenomsorgsteorien

Dorothea E. Orem er en kjent sykepleieteoretiker som gjennom sin sykepleiepraksis og karriere ble oppmerksom på behovet for å få en klar definisjon av hvordan sykepleier skal opptre i praksis. Orem sine egne erfaringer ble grunnlaget for teorien om hvorfor individer har behov for sykepleie og hvordan sykepleier kan hjelpe. Orem definerer egenomsorg som «utførelsen av aktiviteter som individer tar initiativ og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære» (Orem, 2001, s. 43). Teorien danner et grunnlag om hvordan sykepleieren kan hjelpe pasienten til å bli uavhengig i de aktivitetene det gjelder og i den grad det er mulig. Ved å bruke teoriens aspekter kan man klare å kartlegge sykepleiesituasjonen for så å utføre sykepleiehandlinger. Orem har delt opp teorien sin i tre delteorier: 'teori om egenomsorg', 'teori om egenomsorgssvikt' og 'teori om sykepleiesystem'. Teori om egenomsorg viser til egenomsorgskrav, som er en samling av krav som må utføres for å opprettholde menneskelig funksjon og utvikling. Egenomsorgskrav er identifisert gjennom tre forskjellige typer: de universelle, de utviklingsmessige og de som er forbundet med helseavvik (Orem, 2001). En persons terapeutiske egenomsorgskrav er alle aktiviteter og handlinger som utføres for å opprettholde egenomsorg. For å utføre egenomsorg trekker Orem frem egenomsorgskapasiteten, som er evnen eller kapasiteten som skal til for å utføre handlinger. Kapasiteten til hvert individ må ses i sammenheng med alder, livssituasjon, kunnskap, motivasjon, mental og fysisk helse. Hvis det er ubalanse mellom de terapeutiske egenomsorgskravene og egenomsorgskapasiteten, skjer det som identifiseres som egenomsorgssvikt. Det vil da være behov for hjelp til å opprettholde egenomsorg. Orem har utviklet forskjellige sykepleiesystemer som er metoder som kan hjelpe pasienten til å oppnå egenomsorg, i den grad det er mulig. Sykepleieintervensjoner er en hjelpemetode som kan brukes for å hjelpe pasienten (Orem, 2001).

Sykepleieintervensjoner er ifølge Kingdon mfl. (2007) et samlebegrep for metoder som har en bestemt terapeutisk hensikt. Gjennom metodene kan sykepleieren komme med målrettede tiltak i situasjoner der pasienten har behov for sykepleie. Intervensjoner kan være direkte hjelp til pasienten, fysisk eller psykisk støtte, undervisning, veiledning eller systematisk manipulering av miljøfaktorer. Sykepleiere skal både pleie, lindre, forebygge, samt å bidra til at pasienten

gjenvinner sin helse. Gjennom å være deltakende i pasientens liv kan man hjelpe med å tilrettelegge for pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Forskning gjort av Holmberg og Kane (1999) viser at personer med schizofreni har en økt sannsynlighet for å få en egenomsorgssvikt, sett i forhold til den generelle befolkningen. Dårlige livsstilsvalg via kosthold, miljø, økonomi, helsefremmende aktiviteter og misbruk av ulike substanser, er noen av faktorene som er med å gi økt svikt i egenomsorgen (Holmberg og Kane, 1999; Wahlbeck mfl., 2011). For å forebygge forekomsten av egenomsorgssvikt hos personer med schizofreni må det settes i gang intervensjoner og bli bedre oppfølging for å forbedre helsen (Beebe, 2008; Vancampfort mfl., 2015).

2.2 Fysisk- og psykisk helse hos pasienter med schizofreni

I et behandlingsforløp til personer med schizofreni kan det som regel være den psykiske helsen og behandling av symptomer på psykose som er i fokus. Ved dagens behandlingsregime er det annengenerasjons antipsykotika som er de foretrukne legemidlene, og er de som oftest blir brukt ved behandlingen av symptomer på psykose hos personer med schizofreni. Annengenerasjons antipsykotika har hatt bedre effekt ved behandling av negative- og affektive symptomer, og forekomsten av ekstra pyramidale bivirkninger er nå lavere enn det var tidligere (Usher, Foster og Park, 2006). Ekstra pyramidale bivirkninger er alvorlige nevrologiske- og muskelsymptomer, og deles inn i fire grupper, parkinsonisme, akathisi, akutte dystonier og tardive dyskinesier. De nevnte bivirkningene var mye av bakgrunnen for utviklingen av annengenerasjons antipsykotika. Det er i tillegg årsaken til at annengenerasjons antipsykotika er å foretrekke som medikamentell behandling til personer med schizofreni (Lingjærde, 2006; Spigset, 2013). Selv om annengenerasjons antipsykotika er å foretrekke og har god effekt på symptomene på psykose, kan medisineringsen også bli sett i sammenheng med flere dyslipidemi metabolske og kardiovaskulære bivirkninger som overvekt, diabetes mellitus, og hypertensjon. Dette er faktorer som utgjør det potensielt dødelige syndromet som blir omtalt som metabolsk syndrom (American Diabetes Association mfl., 2004; Coakley mfl., 2012).

Forskning viser at metabolsk syndrom er fremtredende hos omtrent en tredjedel av pasientene som bruker antipsykotika (Mitchell mfl., 2013; Vancampfort mfl., 2015). Videre viser forskning at det er en vesentlig forskjell ved forekomsten av metabolsk syndrom hos pasientene med schizofreni og som blir medisinerert, og de som ikke blir det (Mitchell mfl., 2013). Alder,

når diagnosen ble satt og hvor lenge man har blitt medisinert, må bli tatt med i betraktning når man skal se nærmere på forskjellene ved forekomsten av metabolsk syndrom (Mitchell mfl., 2013). Gjennom et studie utført av De Hert mfl. (2016) kommer det frem at sykepleiere har en viktig funksjon ved å observere effekten av medisineringsen av antipsykotiske legemidlene. For å sikre bedre oppfølging ved medisineringsen og skape trygghet hos pasientene, må sykepleiere få mer kunnskap om virkningene av antipsykotiske legemidler (De Hert mfl., 2016). Helsepersonelloven (1999) har som formål å bidra til at pasienter føler sikkerhet og kvalitet i helsetjenestene de mottar. Den skal også sørge for økt tillit til utøvende sykepleiere. Men selv i de nordiske landene som har et godt velferdssystem og helsevesen, kan pasienter med diagnosen schizofreni falle utenfor helsesystemet, og motta en mangelfull behandling og oppfølging (Laursen mfl., 2013).

Den økte forekomsten av metabolsk syndrom og kardiovaskulære risikofaktorer må også ses i sammenheng med livsstil og fysisk helse. Personen med schizofreni har ofte en livsstil med lite fysisk aktivitet, dårlig kosthold og avhengighet til tobakk, narkotiske stoffer eller alkohol. I tillegg til å oppleve bivirkninger ved medisineringsen, kan livsstilvalgene også bidra til å øke forekomsten av metabolsk syndrom og kardiovaskulære sykdommer (Roberts og Bailey, 2011). Forskning viser at pasienter opplever barrierer som kan medvirke til dårlig opprettholdelse av et fysisk aktivt liv. Barrierer kan være lite erfaring med fysisk aktivitet, påvirkning av sykdom og medisineringsen, angst og begrenset nettverk kan også føre til mangel på støtte (Johnstone mfl., 2009). Forebygging og bedring av både livsstil og metabolske risikofaktorer må bli tatt på alvor gjennom forskjellige forebyggende intervensjoner. Både psykisk og fysisk helse må ses i sammenheng med hverandre ved behandling både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette kan gi en langsiktig bedring av utfallet ved medisineringsen og livsstil hos personer med schizofreni (Bell mfl., 2009; Heald, 2010).

Pasienter med schizofreni kan oppleve forskjellige typer symptomer som kan prege dem i hverdagen (Malt, 2016). De symptomene som er mest karakteristiske for pasienter med schizofreni, blir som regel omtalt som positive- og negative symptomer. Positive symptomer kan være hallusinasjoner og vrangforestillinger. Pasienten kan oppleve sanseintrykk uten at det foreligger en reell stimulering av den sansen. Hørselshallusinasjoner fremgår spesielt hos den schizofrene pasienten. De kan oppleve stemmer eller at noen snakker til dem, og de oppleves ofte med en negativ ordlyd. Stemmene de hører kan også være svært kommanderende

og pasienten kan ende opp med å utføre aktiviteter på grunnlag av hva stemmene beordrer dem til. Vrangforestillinger kan være hendelser pasienter tror har skjedd, uten at episoden eller hendelsen pasienten beskriver har funnet sted i virkeligheten.

Personer med schizofreni kan oppleve kognitiv svikt og det hos kan bidra til at flere med diagnosen får nedsatt konsentrasjonsevne, nedsatt evne til å lære seg nye ferdigheter og løse problemer i hverdagen. Personene kan fremstå som uinteresserte, har vanskelig for å lære noe nytt, og hva de uttrykker og de handlinger som utføres kan mangle kontinuitet (Moller, 2009). Disse karakteristiske trekkene beskrives ofte som negative symptomer. Negative symptomer kan gjøre at pasienten spesielt kan føle mangel på motivasjon, entusiasme og engasjement. Det igjen kan føre til at pasienten kan ha vanskeligheter for å fullføre en målrettet oppgave (Moller, 2009; Malt, 2016). I tillegg skriver Moller (2009) at personer med schizofreni ofte opplever indre uro, de mangler energi og drivkraft, og de ser ikke konsekvenser av handlingene som utføres. Samlet sett er det disse positive- og negative symptomene som kan hindre pasienten til å leve et fullverdig sosialt liv. Det kan føre til vanskeligheter med å gjennomføre aktiviteter, skole eller å opprettholde et stabilt arbeidsliv (Ueland, 2012). Det er omtrent ti prosent av personene med schizofreni som klarer å opprettholde et aktivt arbeidsliv (Evensen mfl., 2016). Konsekvenser av det kan være økonomiske, men også sosiale. Det er fordi pasientene går glipp av den sosiale stimuleringen en jobb kan gi og det kan føre til passivitet. Det kan også være en tilleggsfaktor for at flere med schizofreni isolerer seg, og kan ha behov for livslang støtte til bolig, tett oppfølging i arbeidslivet og av helsevesenet (Johannessen, 2011; Rund, 2011; Evensen mfl., 2016). Mange med schizofreni kan leve i stillhet og isolasjon uten å bli behandlet, og kan oppleve å bli kommandert av stemmer og vonde tanker. Det er derfor viktig at pasienter med schizofreni blir medisinert med antipsykotika, for å lette den psykiske påkjenningen symptomene kan føre til, selv om medisineren kan gi andre bivirkninger i form av somatiske sykdommer (Bell mfl., 2009; Malt, 2016).

2.3 Sykepleieintervensjoner til pasienter med schizofreni

I en studie gjort av Hätonen mfl. (2010) kommer det frem at sykepleiere er sentrale bidragsyttere i behandlingsforløpet til personen med schizofreni. Som sykepleier har man en mulighet til å være en god veileder for pasienten slik at de kan bli mer delaktig i sitt eget liv. Pasientene i denne studien mente at interaksjonen mellom pasient og sykepleier er nødvendig for å skape et godt terapeutisk og tillitsfullt forhold (Hätonen mfl., 2010). Leino-Kilpi mfl. (1993) viser at

informasjon til pasienter kan ha flere positive ringvirkninger. Det kan gjøre at pasienter blir mer bevisste sin egen helse, ulike behandlingsalternativer og konsekvenser ved sykdom. Det igjen kan føre til at pasienter takler helseproblemer og stress bedre. Studien viser videre at pasienter mener de ikke har nok kunnskap om bivirkningene til antipsykotika, om psykiske- og somatiske helseproblemer og alternative behandlinger (Leino-Kilpi mfl., 1993). Undervisningsintervensjoner kan bestå av informasjon om sykdomsformer, gi realistiske forventninger om prognose og bedring, formidle kunnskap om medikasjon, samt lære sykepleiere å observere pasienters symptomer på behov for hjelp (Skårderud mfl., 2010). Undervisningsintervensjon er noe sykepleiere hele tiden jobber med. Det er rettet mot at pasienten skal nå et læringsresultat ved å få ny kunnskap som har en overføringsverdi. Det er visse forutsetninger som må ligge til rette for at pasienten kan dra nytte av denne intervensjonen. Det innebærer konsentrasjon, hukommelse og motivasjon (Krogh, 2005).

Motiverende samtale er en evidensbasert intervensjon hvor helsepersonell har som hensikt å motivere pasienten til endring av livsstil (Ivarsson mfl., 2015). Forløpet for en motiverende samtale handler først og fremst om å skape tillit og et godt samarbeid med pasienten. Videre skal behovet for, og ønske om en endring ved livsstilen kartlegges, og pasientens mestringsstrategier og motivasjonsfaktorer skal styrkes. Til slutt skal en strukturert plan for livsstilsendring utvikles i samråd med pasienten (Rüsch og Corrigan, 2002; Mabeck, 2005; Ivarsson mfl., 2015). Brukermedvirkning er sentralt ved motiverende samtale, og det er viktig at pasienten beholder sin autonomi ved at helsepersonell ikke overstyrer pasienten. Brukermedvirkning handler om at pasienten skal ta del i beslutninger som angår dem (Ekeland og Hegen, 2007). Et virkemiddel kan være å bevisstgjøre pasienten angående sin egen situasjon, og arbeide sammen om å forebygge helsen til personen med en psykisk lidelse (Hummelvoll, 2012; Tveiten, 2016). Målet med motiverende samtale er at pasienten skal komme frem til tiltak som bidrar til en atferd- og livsstilsendring. For å oppnå målet har helsepersonell som oppgave å veilede og gi råd til pasienten i en endringsprosess, samt bidra til å styrke pasientens mestringsevne. Pasienten skal lære seg å ta valg som er gunstige for livsstilen (Ivarsson mfl., 2015). I følge Rüsch og Corrigan (2002) gir motiverende samtale personer med schizofreni innsikt i deres egen atferd, noe som kan gjøre dem mer bevisst på sine barrierer og styrker som er tilstedeværende i en endringsprosess. Det er viktig å tilrettelegge samtaler etter pasientens kognitive nivå, og hos pasienter med schizofreni er det nødvendig med et strukturert program for den motiverende samtalen (Ivarsson mfl., 2015). Det er fordi personer med schizofreni kan ha et utfordrende atferdsmønster. Dårlig minne, ambivalens til å ta valg, sosial angst og redusert

utholdenhet er atferdsmessige trekk som kan være typiske hos mange personer med schizofreni (Rüsch og Corrigan, 2002; Moller, 2009).

En intervensjon som ofte blir brukt i arbeid med personer med schizofreni er gruppeterapi. Det er en metode som retter seg mot en gruppe pasienter hvor man bruker psykoterapeutiske teknikker og utnytter interaksjonen mellom pasientene på en terapeutisk måte (Krogh, 2005). Pasientene blir oppfordret til å sette ord på egne følelser og tanker der og da. Resultatet er økt evne til mentalisering, økt toleranse for egne tanker og følelser, og økt forståelse av andre mennesker (Skårderud mfl., 2010). Intervensjon er både effektiv og hensiktsmessig, fordi sykepleieren forholder seg til flere pasienter samtidig og pasientene kan lære av hverandre (Krogh, 2005). Arbeid i gruppeterapi kan gi en emosjonell støtte for pasienter som er i lignende situasjoner ved at de deler sine tanker og følelser (Christiansen, 2013). I studien til Roberts og Bailey (2011) forklarer pasientene at det er viktig med gruppesamhold og samhandling. Samtidig ble det høyt verdsatt å få anerkjennelse for det de delte med hverandre og føle at man ble godtatt av andre medlemmer. I tillegg ble det rapportert fordeler med gruppeterapi som inkluderte økt selvtillit og selvfølelse, rutiner og daglig struktur (Roberts og Bailey, 2011).

2.4 Hensikt og problemstilling

Behandling av psykose og andre symptomer er det som ofte er i fokus i møte med personer med schizofreni. Annengenerasjons antipsykotika er legemidlene som blir brukt mest som medisinsk behandling i dag. Medisinering med antipsykotika og livsstilsvaner har i de senere årene blitt trukket frem som to av hovedårsakene til økt forekomst av metabolsk syndrom og kardiovaskulære risikofaktorer blant personer med schizofreni. For å forebygge og bedre den fysiske helsen hos personer med schizofreni, må det settes i gang tiltak gjennom bedre oppfølging og intervensjoner som sykepleier kan være med å utføre. Undervisning, gruppeterapi og motiverende samtale rundt temaet helse og livsstil kan være noen av de mer hensiktsmessige intervensjonene som kan gjennomføres. Hensikten med denne litteraturstudien er å vise sykepleieintervensjoner som kan bidra til å bedre livsstilsrelatert helse.

Problemstilling:

Hvilke sykepleieintervensjoner er hensiktsmessige i forebyggende helsearbeid til pasienter med schizofreni og metabolsk syndrom?

3. Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven har brukt litteraturstudie som metode. En litteraturstudie skal gi svar på en problemstilling innen et bestemt tema. For å finne svar på problemstillingen utfører man systematiske søk etter allerede eksisterende litteratur, for så å analysere det og diskutere rundt de funnene som er gjort (Aveyard, 2014). Ved bruk av denne metoden forsker man ikke på ny kunnskap, men får samlet det som allerede foreligger, belyst det, gitt det et nytt perspektiv og satt det sammen til en helhet (Aveyard, 2014). Et litteraturstudie kan bidra til å skape en større validitet ved at det har brukt flere forskningsstudier, enn kun et studie alene (Aveyard, 2014).

I startfasen av litteraturstudien ble det søkt etter faglitteratur og forskning, for å sørge for at valgt tema kunne legitimeres. Legitimering av et litteraturstudie vil si at man underbygger søket med forskning for å vise relevans i henhold til klinisk praksis (Bjørk og Solhaug, 2008).

Her ble det hovedsakelig søkt etter primærkilder. Primærkilder er originale kilder der forfatter selv har forsket og behandlet materiale og publisert det. Noen sekundærkilder ble også vurdert, men det er tatt i betraktning at sekundærkilder er kilder som refererer til primærkilder. (Erikson, 2010). Sekundærkilder kan være gode kilder for å få et overblikk over forskning som eksisterer. Det er viktig å ta med i betraktning at sekundærkilder kan være revidert og formidlet på en annen måte enn det primærkilden ønsket (Erikson, 2010).

I søket etter relevant faglitteratur ble det gjort søk i Oria. Oria er en søketjeneste som gir muligheten til å søke i universitet bibliotekets samlede ressurser. I følge Erikson (2010) er ofte faglitteratur som bøker og lærebøker sekundærkilder, siden det bygger på forskning utført av noen andre. Søkeord som schizofreni/schizophrenia, metabolsk syndrom/metabolic syndrome, antipsykotika/antipsychotic og sykepleieintervensjon/nursing intervention ble brukt i søket etter litteratur som ville danne et grunnlag for studien. For å avgrense søket ble det valgt å fokusere på nyere publisert litteratur. Utvalget av faglitteratur er ikke eldre enn fra år 2000, bortsett fra et par unntak etter nøye vurdering. Ved å avgrense søket til nyere faglitteratur gjør det oppgaven mer oppdatert i forhold til dagens forskning og klinisk relevans. Det ble anvendt både forskningsartikler og faglitteratur i form av bøker og lærebøker fra dette søket. Når det anvendes lærebøker skal man ifølge Erikson (2010) være kritisk, ettersom lærebøker ofte anvender seg av nybegynnere på området. Det er derfor valgt å bruke kun et par lærebøker og

resten antologier og monografier av forfattere som er eksperter på området. For å avkrefte eller få bekreftet funn gjort i litteraturen og i litteraturstudiets resultatdel, ble det også gjort søk i databaser for å finne aktuell forskning. Det ble brukt de samme søkeordene som ved søk etter faglitteratur i databasesøket.

3.2 Søkeprosessen

Søkene i denne studien ble utført i mars og april 2016. For å komme i gang med et systematisk artikkelsøk, ble det valgt å bruke PICO-skjema. PICO-skjema er en strukturert metode som hjelper til med å sette sammen søkestrategier ut i fra den valgte problemstillingen. Ved å dele opp problemstillingen i kategorier om hvem det handler om, hva som skal gjøres, hvilke tiltak som finnes og hvilke utfall man er ute etter, finner man søkeord og sammensetninger som dekker hele temaet (Forsberg og Wengström, 2013).

Søkeord som ga resultater var, *schizophrenia, antipsychotic agents/atypical antipsychotics, metabolic risk factors, physical health, mental health, intervention, health promotion, nursing/nurses.*

3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å systematisere søket ble det satt opp inklusjons- og eksklusjonskriterier. Inklusjons- og eksklusjonskriterier hjelper til å identifisere hva som søkes etter i en litteraturstudie. Kriteriene har blitt til ut i fra problemstillingen. Kriteriene vil hjelpe til i søket etter forskning, og fungere som ledetråder for å vise hva som er relevant eller ikke til denne studien (Aveyard, 2014). Inklusjons- og eksklusjonskriterier er ingen fasit på hva artikkelen skal inneholde, men brukes som et hjelpemiddel i søket.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">• Skal ha en klar vitenskapelig form med IMRaD struktur• Skal være fagfellevurdert• Oppnå vitenskapelig nivå 1 eller 2• Skal være publisert på norsk eller engelsk	<ul style="list-style-type: none">• Artikler eldre enn 20 år• Intervensjonene er ikke overførbare til sykepleieryrket• Sekundærkilder: Litteraturstudie/Oversiktsartikler

<ul style="list-style-type: none">• Studien skal inneholde intervensjoner eller sykepleie - intervensjoner som er relevant for klinisk praksis• Deltakeren i studien skal ha diagnosen schizofreni og metabolsk syndrom og/eller kardiovaskulære risikofaktorer, som følge av antipsykotika og livsstil	<ul style="list-style-type: none">• Studier som omfatter psykofarmakologien og/eller kun effekten ved bruk av antipsykotika• Studier som kun handler om metabolsk syndrom og forekomst
--	---

Inklusjonskriteriene retter seg inn mot både innhold og utførelsen av forskning som er publisert. For å sørge for kvalitetssikring av den publiserte forskningsartikkelen, skal den være fagfelleurdert og publisert i et tidsskrift av vitenskapelig nivå. For å finne ut om artikkelen oppnår et vitenskapelig nivå og er fagfelleurdert, ble ISSN-nummeret eller navnet på det vitenskapelige tidsskriftet søkt opp i database om statistikk for høyere utdanning (DBH). DBH har utviklet en database som gir informasjon om publiseringskanalen (tidsskriftet eller forlag) er av god kvalitet og oppnår et vitenskapelig nivå. Nivå 1 eller 2 er godkjent som vitenskapelig. Artikkelen skal følge IMRaD struktur. I tillegg skal artikkelen være publisert på norsk eller engelsk. Forskningsartikler som bygger på tidligere publisert forskning vil i denne studien bli ekskludert, siden resultatartiklene i denne studien kun skal være primærkilder.

Innholdet i de publiserte studiene skal gi svar på intervensjoner sykepleier kan bruke som ikke-medikamentell behandling av pasienter med metabolsk syndrom og/eller kardiovaskulære risikofaktorer, som en følge av antipsykotika og livsstil. Intervensjoner som undervisning, gruppesamtaler, oppfølging av vitale parametere og motiverende samtale vil bli lagt vekt på. Det er fordi de har størst relevans for temaet og problemstillingen vår. Intervensjonene anses for å være overførbare til klinisk praksis. Målgruppen er personer med schizofreni. Studier hvor deltakere ikke har diagnosen schizofreni eller bruker antipsykotika vil bli ekskludert.

Det ble ikke satt begrensninger i forhold til kvalitative- eller kvantitative studier. Ved å ikke avgrense, kan det gjøre at problemstillingen kan bli besvart på best mulig måte. Kvalitative

studier er forskning hvor forskeren gjør innsamling av data gjennom naturlige settinger og mellommenneskelige forhold. Kvalitative studier er ofte beskrivende og har et subjektivt syn (Polit og Beck, 2014). Intervju eller observasjoner er metoder som brukes ved en kvalitativ studie. Tanker, følelser eller opplevelser om et bestemt tema kan derfor bli mer tydeliggjort ved kvalitative studier. Kvalitative studier er svært relevant for denne litteraturstudiens tema, siden pasientens og sykepleierens opplevelse ved en livsstils-intervensjon vil bli tydeliggjort. Kvantitative studier er forskning som bruker eksperimentelle metoder og/eller metoder som involverer tall i innsamlingen av data. Gjennom kvantitativ forskning er det som regel ingen kontakt mellom forsker og deltaker, og det er ofte flere deltakere i studien (Aveyard, 2014). I denne litteraturstudien vil kvalitative studier gi oppgaven resultater som er mer spesifikke i forhold til tall som omfatter blant annet vekt nedgang, midjemål og andre målinger av vitale parametere.

Det ble foretatt søk i flere forskjellige databaser. Aveyard (2014) påpeker nettopp dette, da søk i flere forskjellige databaser kan gi best mulig svar på problemstillingen. Det ble utført søk i databasene: PubMed, Cinahl, Ovid Nursing, Medline, PsychInfo og ProQuest. Databasene som gav flest relevante resultater til denne studien var: Pubmed, Cinahl og Medline. Alle søk som ble utført underveis i søkeprosessen ble dokumentert. Søkeordene ble kombinert med AND i mellom. Dette er for å finne forskning som inneholder flere av de satte kriteriene, og det gjør søket mer konkret og innsnevret. Det ble også valgt å avgrense søket til de siste 20 årene, 1996-2016. Overskrifter og abstrakter som ble ansett som relevante ble lest og vurdert. Hvis tekstene ikke var tilgjengelig i fulltekst i databasen, ble artikkelens tittel søkt etter i Oria eller Google Scholar. Artikler ble valgt ut i fra de satte inklusjons- og eksklusjonskriterier. Oversikt over søkene er presentert i en matrise nedenfor.

3.2.2 Søkeoversikt

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Antall lese abstrakt	Antall leste artikler	Inkludert artikkel(er)
1.Schizophrenia 2.Antipsychotic Agents 3.Health Promotion	Cinahl	1 AND 2 AND 3	4	1	1	Health improving measures for patients suffering from psychosis: Development of treatment methods and an intervention program (2008)
1.Schizophrenia 2.Nursing 3.Physical Health	MEDLINE (Ovid)	1AND 2 AND 3	24	6	4	1.An ethnographic study of the incentives and barriers to lifestyle interventions for

						<p>people with severe mental illness (2013)</p> <p>2. Health behaviors as conceptualized by individuals diagnosed with a psychotic disorder (2013)</p> <p>2. Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study (2008)</p>
<p>1.Schizophrenia 2.Intervention 3.Metabolic risk factors</p>	PubMed	1 AND 2 AND 3	44	1	1	Reducing cardiovascular risk factors in non-selected outpatients with schizophrenia (2016)
<p>1.Mental health 2.Physical health 3.Nurses</p>	Cinahl	1 AND 2 AND 3	22	3	2	1. Proposed nurse-led initiatives in improving physical health of people with serious mental illness: a survey in mental health (2013)

3.3 Analyse

Det er foretatt en tematisk analyse av de vitenskapelige artiklene (Aveyard, 2014). Hver forskningsartikkel har blitt lest gjennom gjentatte ganger individuelt av deltakerne i gruppen, for å sørge for at man har fått med seg innholdet. Deretter har deltakerne av denne studien diskutert innholdet i artiklene seg imellom, for å forsikre seg om at man har forstått hensikten og innholdet i de publiserte forskningsartiklene godt og slik forfatterne har ment å presentere studiene (Aveyard, 2014). Det er lagt vekt på kritisk lesing av artiklene i analyseprosessen. Aveyard (2014) beskriver kritisk lesing som en prosess hvor man ser på styrker og svakheter, og forsikrer seg om artiklene man bruker er av god kvalitet. Videre har man foretatt koding av resultatene. Det er ifølge Forsberg og Wengström (2013) en systematisk arbeidsmetode der man deler resultatene inn i mindre deler, for så å trekke frem hovedelementene i hvert enkelt studie. Elementene blir deretter kategorisert og delt inn i hoved- og undertemaer. Det er gjort for å gjøre dataene anvendbare i litteraturstudien. Temaene er navngitt og delt inn i to hoved- og tre undertemaer som gjenspeiler problemstillingen.

4. Resultat

Her vil analysen av artiklene bli fremstilt individuelt i hver sin egen matrise, etterfulgt av en sammenfatning av resultatet.

4.1 Skjematisk fremstilling av resultat

Full referanse	Sameby, B., Söderberg, H., Hedeström, M. og Waern, M. (2008) 'Health Improving Measures for Patients Suffering from Psychosis' I: <i>Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden</i> , 28(4), s. 29-33.
Hensikt	Hensikt med studien var å utvikle og teste en metode for å forebygge fysisk helse og velvære hos pasienter med psykose, og som har risiko for å utvikle metabolsk syndrom.
Metode	Både kvantitativ og kvalitativ studie. Kliniske vurderinger, spørreundersøkelser, gruppesamlinger og undervisning er brukt som verktøy. Studien er utført i form av en eksperimentell metode som baserer seg på kartlegging av utfordringer ved klinisk praksis og potensielle løsninger. Studien er gjennomført i Gøteborg mellom 2004-2006, ved en poliklinikk for personer diagnostisert med schizofreni og schizoaffektive lidelser. Tre grupper på totalt 14 pasienter delte inn etter symptombildet og kognitivt nivå, deltok på 14 undervisningsintervensjoner som omhandlet livsstil, ledet av en psykiatrisk sykepleier og fysioterapeut. Brukermedvirkning var sentralt i utviklingen av individuelle mål for intervensjonen.
Resultater	Resultatene ble ulike ut i fra hvilken kognitiv tilstand pasientene var i. Pasientene som opplevde stabilt sykdomsbilde og var fornøyde med medisineringsen mente de fikk et positivt utfall både ved vektnedgang og økt livskvalitet. Pasienter med mer ustabilitet ved medisineringsen og som var noe mer kognitivt svekket, mente undervisningsintervensjonen ga dem økt livskvalitet, men vektnedgangen stod ikke til forventningene. Pasientene som var mest preget av kognitiv svekkelse hadde vanskelig for å gjennomføre endringer relatert til forbedring av helsen, og de manglet motivasjon. Det var flere som sjeldent møtte til undervisningen som avtalt. Denne gruppen hadde også et behov for et mer tilrettelagt program i gjennomførelse av intervensjonsprogrammet. Gruppeintervensjon som metode hadde positiv effekt hos flere pasienter: sosial påvirkning ved interaksjoner med andre deltakere, de fikk delt erfaringer, mottok motivasjonshjelp og fikk kunnskap om risikofaktorer ved dårlig helse. Studien konkluderer med intervensjoner som fokuserer på individuelle målsettinger og holdninger, kan gi hver enkelt pasient økt forståelse for positive og negative konsekvenser ved fysisk helse. Sykepleieren har en viktig oppgave med å indentifisere og skape forebyggende strategier for å hindre utviklingen av metabolsk syndrom hos pasienter diagnostisert med schizofreni eller schizoaffektive lidelser. Et tettere tverrfaglig samarbeid med primærhelsetjenesten kommer også frem som et sentralt poeng.
Notater	En styrke ved studien var at pasientene var på forskjellige kognitive nivåer og stadier ved sin psykiske lidelse. Det gir en bedre forståelse for at pasienter med lik diagnose kan ha forskjellige utfall ved en intervensjon på grunn av forskjellig symptombilde.
Relevans for studien	Studien er relevant for oppgaven fordi den tar for seg undervisningsintervensjon og gruppeterapi som metode og brukermedvirkning har et sentralt fokus. Samtidig gir den et innblikk i hvordan sykepleiere kan og bør tilpasse intervensjoner individuelt.

Full referanse	Roberts, S. H. og Bailey, J. E. (2013) 'An ethnographic study of the incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness', <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 69(11), s. 2514-2524.
Hensikt	Hensikt med studien er å undersøke motiverende faktorer og barrierer hos personer med alvorlige psykiske lidelser gjennom en undervisende livsstils-intervensjon. Videre ønsker de å få økt innsikt i hvordan pasientene opplever intervensjonene.
Metode	Etnografisk studie med bruk av kvalitativ metode ble brukt for å få bedre forståelse av tro, holdninger og atferd hos personer med en alvorlig psykisk lidelse. Data ble samlet inn mellom 2008 og 2009. Observasjon av deltakere og dybdeintervju ble brukt som verktøy. Under observasjonen av deltakerne ble det tatt skriftlige notater, med et spesielt fokus på atferd og aktiviteter som viste motiverende faktorer og barrierer hos pasientene. Dataanalyse ble gjennomført med bruk av NVIVO8. Intervjuene var individuelle en-til-en semi-strukturerte intervjuer. Åtte deltakere deltok i alderen 24-66 år, syv hadde diagnosen schizofreni og en personlighetsforstyrrelse.
Resultat	<p>Resultater fra studien viser et økt behov for undervisende livsstils-intervensjoner hos personer med alvorlig psykiske lidelser som schizofreni. Utfordringer relatert til vekt, lavt selvbilde, sosial angst og sosialt samvær var dominerende ved intervensjonen. Hovedelementer med motiverende effekt hos deltakeren var vektnedgang, tilgang på kunnskap og sosialt samvær, samt følelsen av samhörighet.</p> <p>Barrierer pasientene opplevde var blant annet lavt selvbilde, sosial angst, store intervensjonsgrupper og negative holdninger fra helsepersonell. Det gjorde at deltakerne ofte ga avslag på forespørsler til intervensjoner, og kunne føre til sosial tilbaketrekking. Selv om sosial angst var rangert som en av de dominerende barrierene hos deltakerne, kom det likevel frem at det å delta på intervensjoner, oppleve sosialt samvær og føle tilhörighet til personer i lignende situasjoner med like eller lignende diagnoser ble satt pris på og var motiverende.</p> <p>Studiet konkluderer med at sykepleiere som arbeider med forebygging av helse, må skape strategier for å gi mer effektive intervensjoner til pasientene. Sykepleiere må sørge for at intervensjonene har fokus på:</p> <ul style="list-style-type: none">- Livsstil og vektkontroll- Nyttig og lærerik informasjon og læresituasjoner gjennom programmet- Bidra til en sosial setting hvor hvert individ kan lære, finne støtte og utvikle et sosialt nettverk. I tillegg skal pasientene se sine personlige egenskaper som gode kvaliteter ved involvering i det forebyggende arbeidet.
Notater	Ser på hva brukeren/pasienten finner motiverende eller vanskelig ved en livsstils-intervensjon.
Relevans for studien	Studien gir sykepleiere en god indikasjon på hvilke motivasjonsfaktorer som er viktige for pasienter når de skal delta på intervensjonsprogrammer, og hvilke barrierer som kan hindre pasientene i å delta. Tiltakene som er undersøkt i denne studien er overførbare til klinisk sykepleie praksis. Det gir en god indikasjon på noen tiltak sykepleiere kan gjøre for å forebygge helsemessige risikofaktorer hos personer med alvorlig psykisk lidelse som schizofreni.

Full referanse	Pitkänen, A., Hätönen, H., Kuosmanen, L. og Välimäki, M. (2008) 'Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study', <i>International Journal of Nursing Studies</i>, 45(11), s. 1598-1606
Hensikt	Hensikt med studien var å undersøke pasientens oppfatninger av sykepleieintervensjoner med hensikt å forbedre pasientenes livskvalitet ved avdelinger i akutt psykiatri.
Metode	Studien er kvalitativ og ble utført gjennom semi-strukturerte intervjuer. Pasienter og sykepleiere fra syv psykiatriske akuttavdelinger ved sykehus sør i Finland deltok i studien. Studien ble gjennomført fra 2005 til 2006. 35 pasienter mellom 18-65 år med diagnosen schizofreni deltok i studien. Under intervjuprosessen skulle pasientene velge fem hovedområder de selv mente gav dem en bedre livskvalitet. Deretter skulle pasientene beskrive hvordan sykepleiere hadde støttet dem på de ulike områdene.
Resultat	Hovedelementer fra studien var intervensjoner relatert til empowerment, sosialisering, aktivitet og forebygging av somatisk helse hos pasienten. Resultater fra studien viser sykepleietiltak pasientene verdsatte. Det var blant annet samtaler med sykepleier som viste genuin interesse for pasientens liv og interesser, tiltak hvor pasienten trente på selvbestemmelses-teknikker og tiltak med fokus på pasientens individuelle behov. I tillegg underviste sykepleier pasientene om medisiner, livsstil, kosthold og trening, og dette var betydningsfullt for pasientene. Videre funn i studien viser at pasientene skulle ønske at sykepleiere tok mer ansvar for pasientens somatiske helse, og fulgte nøyer med på hvilke bivirkninger medikamenter kan gi, og hvilke forebyggende tiltak sykepleiere kan gjøre for den somatiske helsen til pasienten. Studien konkluderer at bevisstgjøring av pasientenes oppfatning av deres egen helse og livskvalitet kan gi sykepleiere viktig informasjon som vil være relevant ved planlegging av individuelle intervensjoner, og som vil komme pasientene til gode.
Notater	Begrensninger i studien er at sykepleierne plukket ut pasientene de mente var riktige til studien, dette kan ha ført til partiskhet i studien. Brukermedvirkning var sentralt i studien.
Relevans til oppgaven	Studien fokuserte på å øke pasientens livskvalitet, men er likevel relevant for oppgaven siden den ser på tiltak sykepleiere gjør fra et pasientperspektiv og hvilken betydning de har. Tiltakene som berører empowerment, kunnskap og fysisk aktivitet er overførbart til forebygging av metabolsk syndrom hos pasienter med schizofreni.

Full referanse	Happell, B., Platania-phung, C. og Scott, D. (2014) 'Proposed nurse-led initiatives in improving physical health of people with serious mental illness: a survey of nurses in mental health', <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 23(7-8), s. 1018-1029.
Hensikt	Hensikt med studien var å identifisere generelle- og spesifikke sykepleie tiltak for å forbedre somatisk helse hos mennesker med en alvorlig psykisk lidelse.
Metode	Studien har brukt kvantitativ metode i form av en nasjonal tverrsnittstudie utformet for brukergruppen. Studien ble utført gjennom en lukket internettside bestående av private passord for å få tilgang. Brukergruppen studien var rettet mot var sykepleiere som arbeidet i psykisk helsevesen. Utvalget bestod av 643 deltakere spredt over hele Australia. Dataanalyse ble gjennomført i SPSS, ved bruk av både Chi-square test og Mann-Whitney U-test. Studien var en førstegangsstudie, så det ble gjennomført en pilot studie i forkant for å få kvalitetssikret studiens forskjellige elementer.
Resultat	<p>Et sentralt poeng i studien var at psykiatriske sykepleiere observerte somatiske konsekvenser antipsykotika gir. Men at pasientene har bruk for dette i behandlingen mot psykose. Det resulterte i at sykepleierne slo ned på strategier om nedtrapping av antipsykotika. Videre i studien ble sykepleierens sentrale rolle og egnethet til å gi helhetlig omsorg trukket frem som et elementært poeng i studien. Sykepleietiltak som tok for seg endring av livsstil og atferdsmønster hos pasientene ble tatt godt imot. En videreutvikling av sykepleierrollen og et økt fokus på somatisk helse ved psykiatriske helsetjenester, kan gi sykepleierne kapasiteten til å identifisere somatiske risikofaktorer knyttet til bruken av antipsykotika. Kostnader, stigmatisering i forhold til å søke hjelp og mangel på allmennleger var barrierer som ble trukket frem i studien.</p> <p>Sykepleiebaserte tiltak som ble trukket frem med størst relevans:</p> <ul style="list-style-type: none">- motivere pasienten til en sunnere livsstil- kartlegge somatiske plager hos pasienten, og samordne somatiske undersøkelser av pasienten mellom primær- og spesialisthelsetjeneste- økt fokus på brukermedvirkning <p>Studien konkluderer med at sykepleiere er en sentral yrkesgruppe som kan utvikle og tilføre tiltak som kan forbedre den somatiske helsen til personer med en alvorlig psykisk lidelse.</p>
Notater	
Relevans for oppgaven	Studien har relevans for oppgaven fordi den tar for seg sykepleiere og deres synspunkter på hvilke helseforebyggende tiltak som kan settes i gang for å bedre den somatiske helsen til personer med psykiske lidelser. De tiltakene som kommer frem i studien er overførbare til personer med schizofreni og metabolsk syndrom.

Full referanse	Hultsjö, S. og Blomqvist, K. B. (2013) 'Health behavior as conceptualized by individuals diagnosed with a psychotic disorder ', <i>Issues in Mental Health Nursing</i>, 34(9), s. 665-672.
Hensikt	Hensikt med studien var å beskrive helseatferd definert av personer diagnostisert med en kronisk psykose.
Metode	Kvalitativ studie med fenomenografisk tilnærming. 20 pasienter diagnostisert med kronisk psykose deltok i studien. Studien ble gjennomført i Sverige. Alder varierte fra 34-66 år, og både menn og kvinner. Pasientene var diagnostisert med ulike psykoser og hadde symptomer på metabolsk syndrom i ulik grad. Semi-strukturerte dybdeintervjuer ble gjennomført mellom 2010 og 2011.
Resultat	Resultater fra studien viser at deltakerne oftere prioriterte sin mentale helse fremfor den somatiske. Det til tross for at de var klar over konsekvenser ved risikofaktorer som overvekt og en dårlig livsstil kan føre til. Hvis pasientene mente de hadde en dårlig mental helse, var motivasjonen til å endre på atferd relatert til livsstilsvaner lav. Dårlig livsstil var ofte preget av usunt kosthold, redusert sosialt nettverk, bivirkninger fra antipsykotika, begrenset økonomi og lav fysisk aktivitet. Videre i studien trekkes det frem at interaksjonen mellom pasient og sykepleier kan være en god mulighet og verktøy i det forebyggende arbeidet ved å oppnå god helse hos pasienter med kronisk psykose. Å forstå symptomer på god mental helse hos hver enkelt pasient er nødvendig før man starter med forebyggende intervensjoner. Resultatene i studien viser til at individuelle livsstilsprogrammer er viktig for å oppnå gode resultater hos pasientene, også etter utskrivelse fra institusjon. En annen elementær faktor for pasientene var å få støtte og tilnærme seg kunnskap for få bedre innsikt i egen helse. Pasientene opplevde i tillegg noen barrierer. Det var blant annet redselen for å bli stigmatisert for diagnosen sin og på bakgrunn av de følte de at de ikke klarte å være sosiale.
Notater	Begrensninger som kan ha oppstått i studien er partiskhet, siden det var sykepleiere ved avdelingen som valgte hvilke pasienter som kunne delta i studien.
Relevans til oppgaven	Studien har relevans for oppgaven fordi den fokuserer på atferdsmønster som relateres til mental- og somatisk helse sett fra et pasientperspektiv. Å få innsikt i pasientens atferdsmønster er viktig for sykepleiere når de skal arbeide med å utvikle strategier som vil forebygge god helse hos pasienter med kronisk psykose.

Full referanse	Hansen, M. V., Hjort, P., Kristiansen, C. B., Vandborg, K., Gustafsson, L. N. og Munk-Jørgensen, P. (2016) 'Reducing cardiovascular risk factors in non-selected outpatients with schizophrenia', <i>International Journal of Social Psychiatry</i>, s. 1-8.
Hensikt	Hensikt med studien var å analysere om en intervensjonsstrategi som allerede var utviklet, kan forebygge økningen av risikofaktorer for utviklingen av kardiovaskulære sykdommer hos pasienter med schizofreni, som del av rutinekontroller i en sykehussetting.
Metode	Kvalitativ og kvantitativ studie med varighet på 1 år, fra 2013-2014. Studien ble gjennomført ved to ulike sykehus i Danmark, som behandlet personer med schizofreni. En avdeling for nyopplaget schizofreni der pasientene fulgte et 2 års langt behandlingsprogram, og en langtidsavdeling for pasienter som hadde vært diagnostisert i minst 2 år. Kvantitativ data ble samlet inn via kliniske undersøkelser, laboratorieprøver og det danske pasientregister. Ved innsamling av kvalitativ data ble personlige intervju og gruppemøter brukt som verktøy. 108 pasienter deltok i studien. Pasientene var mellom 18-45år, fordelt nokså likt på begge kjønn. Motiverende samtale og gruppeterapi ble brukt som intervensjon. Gruppesamtalene fokuserte på undervisning. 8-10 pasienter deltok på gruppemøtene om gangen. I tillegg ble det gitt undervisning til, og opplæring av helsepersonellet som arbeidet med pasientene. Dataanalyse ble gjennomført med Stata Version 11.
Resultat	Motivasjonen for å delta på intervensjon var lav hos mange, og spesielt hos nylig diagnostiserte pasienter. Det ble derfor vanskelig å få målt risikofaktorer hos flere av pasientene. Pasientene som hadde vært diagnostisert i over 2 år og nå opplevde signifikant vektøkning grunnet bruk av antipsykotika, var enklere å motivere. Videre resultater fra studien viser at behovet for å utvikle gode strategier for forebygging av metabolsk syndrom og overvekt, og implementere de i intervensjoner, absolutt er til stede hos pasientgruppen. Studien konkluderer med at det er vanskelig å forbedre fysisk helse til pasienter med schizofreni som en del av rutinekontroller, og med bruk av metoder som allerede er utviklet. Det var utfordrende å motivere pasientene til å delta på intervensjoner, samtidig som det var vanskelig å overvåke viktige parametere, fordi pasientene ofte ikke ønsket å bli tatt blodprøver av. De anbefaler å ha større fokus på enklere strategier og intervensjoner og implementere de i behandlingsregimene til pasientene.
Notater	Begrensning med studien var få sammenlignbare målinger. I tillegg var det vanskelig å undersøke forskjell på resultater man fikk i forhold til når man starter med et intervensjonsprogram for pasienter diagnostisert med schizofreni eller schizoaffektive lidelser.
Relevans for studien	Inneholder intervensjoner som motiverende intervju, gruppeterapi, undervisning og veiledning.

4.2 Sammenfatning av resultater

Under vil resultatene fra artiklene bli presentert via ulike temaer identifisert i analysen. Poenger som ikke er relevante for å besvare problemstillingen er luket ut. Temaer som gjenspeiler problemstillingen og som anses som gode til å besvare den, er trukket frem og vil bli presentert nærmere under. Artiklene har hatt forskjellige tilnærminger inn mot temaene, men det er likheter i essensen av artiklene. Det er valgt å sortere resultatene fra artiklene i overskrifter ut i fra innholdets tilhørighet.

4.2.1 Forebyggende tiltak mot metabolsk syndrom

Som fellesnevner i studiene blir det trukket frem at sykepleiere er en sentral arbeidsgruppe i forebyggende arbeid hos pasienter med schizofreni og metabolsk syndrom. Happell, Platania-Phung og Scott (2014) mener sykepleierens ferdigheter til å gi helhetlig omsorg kan være gode hjelpemidler ved atferdsendring hos personer med alvorlig psykisk lidelse. Samtidig har sykepleiere mulighet til å ha et økt fokus på forebygging av somatisk helse i psykisk helsevern (Happell, Platania-Phung og Scott, 2014). For å utvikle intervensjoner, mener Roberts og Bailey (2013) at motivasjonsfaktorer og barrierer må kartlegges hos pasientene. Videre mener de økt kunnskap til pasientene om tiltak som kan utføres for å oppnå god helse og unngå helsemessige risikofaktorer, anses som sentralt ved intervensjoner (Roberts og Bailey, 2013). Sameby mfl. (2008) mener også sykepleiere har en unik mulighet til å identifisere risikofaktorer og utvikle gode tiltak tilrettelagt etter pasientens individuelle behov. Deltakerne i studien til Pitkänen mfl. (2008) beskriver at en god relasjon mellom pasienter og sykepleier gir dem trygghet, og relasjonen kan bidra til bevisstgjøring av pasientens oppfatning av egen helse. Hvis pasientene mener sin mentale helse er dårlig, var motivasjonen til å endre på atferd og dårlige livsstilsvaner lav (Hultsjö og Blomquist 2013). Hansen mfl. (2016) støtter dette og viser videre i sin studie at det kan være en god indikator for at utvikling av enkle, men gode strategier kan være løsningen for pasienter med schizofreni. I arbeidet med å forebygge helse kan det å finne balansen for god mental helse hos pasientene være en viktig faktor for å bidra til livsstilsendringer som kan gi positiv innvirkning på helsen generelt (Hultsjö og Blomqvist, 2013).

Pasienter med schizofreni er ifølge Roberts og Bailey (2013) mer utsatt for komorbiditet og tidlig død. Det gjør det nødvendig å finne løsninger som forebygger metabolsk syndrom og bidrar til god helse (Roberts og Bailey, 2013). På grunn av den direkte kontakten sykepleiere

har med pasienter, kan de være i en unik posisjon til å observere og vurdere pasientens somatiske helse (Sameby mfl., 2008). Sykepleiere kan være viktige bidragsytere for å øke forståelse av metabolsk syndrom og informerer pasienter og pårørende om risikofaktorer (Sameby mfl., 2008). Hansen mfl. (2016) viser i sin studie at vektøkning og metabolske bivirkninger som hypertensjon, dyslipidemi og nedsatt glukosetoleranse, er vanlig ved bruk av noen antipsykotiske legemidler. Livsstils-intervensjoner hos pasienter som nylig har startet med medisinsk behandling for psykose, kan anses som vellykket hvis en økning i risikofaktorer forebygges fra starten av. Bivirkningene og økningen av metabolske målinger har en særlig rask økning de første tre månedene. Pasienter som ikke bruker antipsykotika viser bedre resultater av livsstils-intervensjoner enn de som bruker antipsykotika (Hansen mfl., 2016). Videre viser resultater at pasienter som har hatt diagnosen mer enn to år, hadde mer motivasjon til forandring (Hansen mfl., 2016). Hultsjö og Blomqvist (2013) legger vekt på at atferdsendringer kan være nødvendig for at pasienter med schizofreni skal gjennomføre livsstilsendringer. Videre i studien trekker de frem at pasientene ofte prioriterte sin mentale helse, fremfor den somatiske (Hultsjö og Blomqvist, 2013).

4.2.2 Sykepleieintervensjoner til pasienter med schizofreni

4.2.2.1 Undervisning som intervensjon

Undervisning er en intervensjon som i de ulike artiklene blir brukt for å øke kunnskapen om livsstilsendringer til pasientene. Deltakerne i studien til Sameby mfl. (2008) meddelte at det er positivt å lære om virkning og bivirkning av medisiner, og livsstilsendringer. Sykepleiere har kunnskap om livsstils utfordringer pasienter kan møte, og det kan være med å øke motivasjonen til atferdsendring, fremme helsen og trygger pasienten (Sameby mfl., 2008). I en studie utført av Roberts og Bailey (2013) ble det sett på som motiverende å få kunnskap om livsstilsendringer og deltakerne uttrykte et behov for å lære om flere aspekter ved sunn livsstil. Verdien i mer informasjon om livsstil, inkludert røykeslutt og fysisk aktivitet, er fremhevet og styrker pedagogiske helsefremmende tiltak. Deltakerne er ivrige etter å lære både av hverandre og sykepleiere (Roberts og Bailey, 2013), dette støtter også Happell, Platania-Phung og Scott (2013) i sin studie. I studien til Pitkänen mfl. (2008) har de brukt empowerment for å styrke pasientens ressurser ved undervisning. Sameby mfl. (2008) viser også i sin studie at pasientene bør deles inn etter symptomer og kognitivt nivå for å få en bedre forståelse og utbytte av undervisningen.

4.2.2.2 Gruppesamtale som intervensjon

Deltakerne i de studiene som tok for seg gruppesamtale som intervensjon, opplevde det positivt å arbeide i grupper med individuelle mål. I studien til Roberts og Bailey (2013) viser resultater at pasientene følte seg sterkere psykisk og mer selvsikre når de deltok på gruppesamtaler og fikk en følelse av gruppesamhørighet. Resultater fra studien til Hansen mfl. (2016) viser at intervensjoner som fokuserer på individuelle målsettinger og holdninger kan være med å øke pasienten sin forståelse om hvor viktig god fysisk helse er. Dette er et sentralt poeng for å opprettholde motivasjon hos pasientene (Sameby mfl., 2008). Videre rapporterte deltakerne i studien til Roberts og Bailey (2013) at lærdom fra sine egne og andres erfaringer oppmuntrer til videre oppmøte. For at en gruppeintervensjon skal fungere best mulig, kan det være viktig at den som veileder tilrettelegger diskusjoner og teknikker opp mot hver enkelt pasientgruppe. Deltakerne gav tilbakemeldinger på at de setter pris på humor sammen med åpenhet og ærlighet hos veilederen (Roberts og Bailey, 2013). I studien til Hansen mfl. (2016) hadde de med pasienter som behandles både poliklinisk og på institusjon. Resultater viser at pasienter som er innlagt på institusjon er lettere å motivere til oppmøte, enn pasienter som behandles poliklinisk. Store gruppestørrelser og små lokaler er faktorer som deltakerne ser på som noe negativt og som kan forhindre dem i å møte opp (Roberts og Bailey, 2013).

4.2.2.3 Motiverende samtale som intervensjon

Pasienter med schizofreni er ofte vanskelig å motivere til livsstilsendringer, men det er muligens den pasientgruppen som har størst behov for veiledning (Hansen mfl., 2016). Et gjennomgående tema i de fleste studiene er mangel på motivasjon til livsstil- og atferdsendringer hos pasientene. I arbeid med å motivere pasienter til livsstilsendringer kan helsepersonell være viktige bidragsyttere (Hultsjö og Blomqvist, 2013). Motiverende samtale er en intervensjon som blir brukt for å identifisere og mobilisere pasientenes egne verdier og mål til endring (Hansen mfl., 2016). Utfordringer sykepleiere kan oppleve er vanskeligheter ved å få motivert personer med psykotiske lidelser til å akseptere livsstils-intervensjoner (Hultsjö og Blomqvist, 2013). Målet med motiverende samtale er å bidra til at pasientene får økt innsikt om sin fysiske helse. Videre skal sykepleiere motivere til hensiktsmessige livsstilsvalg som sunnere kosthold, forslag til fysisk aktivitet ut ifra individuelle behov og veiledning til røykeslutt. Hyppigheten av møtene som inkluderte motiverende samtale, ble besluttet sammen med pasienten og i henhold til individuelle behov, ønsker og evner (Hansen mfl., 2016).

5. Drøfting

5.1 Schizofreni og egenomsorgssvikt

Målgruppen i resultatstudiene er pasienter med schizofreni og metabolsk syndrom, og som har en generelt dårligere livsstil enn befolkningen ellers. Pasientene spiser ofte mer usunn mat, er i lite fysisk aktivitet og har som regel livsstilsvaner som røyking (Brown mfl., 1999). Orem's egenomsorgsteori har som grunnlag at pasientene skal utføre aktiviteter på eget initiativ for å opprettholde liv, helse og velvære (Orem, 2001). Pasienter med schizofreni og metabolsk syndrom kan ha en egenomsorgssvikt. Det er fordi pasientens kapasitet til egenomsorg er mindre enn det terapeutiske egenomsorgskravet. Holmberg og Kane (1999) nevner valg som dårlig kosthold, miljø, økonomi, helsefremmende aktiviteter og misbruk av ulike substanser som noen av de grunnleggende faktorene for at det skjer en egenomsorgssvikt hos denne pasientgruppen. De øvrige livsstilsfaktorene og valgene er handlinger som kan tilsi at pasienten ikke selv klarer å utføre forebyggende valg som sørger for at man bevisst forebygger livsstilssykdommer og metabolsk syndrom på eget initiativ (Orem, 2001).

Fellesnevner fra resultatstudiene er at deltakerne har lav motivasjon til å gjøre livsstilsendringer. En annen fellesnevner er at sykepleiere sine ferdigheter og kunnskap kan være med å forebygge metabolsk syndrom hos pasienter med schizofreni. I studien til Hansen mfl. (2016) opplevde sykepleier at det var vanskelig å motivere pasienter med schizofreni til å gjøre livsstilsendringer, samt å utføre oppfølging av vitale parametere. Grunnen til at det var vanskelig å følge opp de vitale parametere, var at pasientene ofte motsatte seg å bli tatt blodprøver og andre målinger av. Graden av motivasjon utgjør sannsynligheten for at handling blir gjennomført og jo mer motivert pasienten er desto større er sjansene for vellykket endring (Mabeck, 2005). Mangelen på motivasjon begrunnes med at pasienten ofte følte den mentale helsen var dårlig og dermed var det vanskelig å gjennomføre forandringer (Hultsjö og Blomqvist, 2013). Pasienter med schizofreni som beskriver dårlig mental helse, kan føle på negative symptomer som påvirker handlinger de skal utføre. Symptomene kan være apati og mangel på entusiasme og engasjement. I tillegg kan flere mangle evnen til å fullføre målrettede handlinger (Malt, 2016). Når symptomene er tilstede blir det vanskelig å utføre intervensjoner, og det kan bli vanskelig å motivere pasienten til å fremme bedre fysisk helse. Når pasienten opplever nedsatt psykisk helse, kan det også prege hvordan pasienten klarer å ta vare på seg

selv og sine egenomsorgskrav. Pasientene får da en nedsatt kapasitet til å utføre nødvendige handlinger til å opprettholde en optimal menneskelig funksjon, og vil dermed oppleve en egenomsorgssvikt av den grunn (Orem, 2001). Hulstjöö og Blomqvist (2013) bemerker at sykepleiere må bruke sitt kliniske blikk for å observere symptomer på pasientens mentale helse, og det kan være til hjelp når forebyggende tiltak skal utvikles. Ved å kartlegge pasientens mentale tilstand og daglige form, kan det bidra til at sykepleier kan få en bedre virkning av planlagte tiltak for å forbedre helsen til pasienten.

Slik Hansen mfl. (2016) vektlegger i sin studie er det å danne et godt grunnlag for motivasjon et sentralt tiltak for å få gjennomført en sykepleieintervensjon til pasienter med schizofreni og metabolsk syndrom. Å være motivert er en tilstand der man er åpen for endring, og uten motivasjon er det ikke grunnlag for terapeutisk samarbeid (Kjölstad, 2004; Eide og Eide, 2007). Det foreligger flere metoder når man skal skape et samarbeid med pasientene, og noen av de intervensjonene er motiverende samtale, undervisning og gruppeterapi. Dette er også metoder Orem bruker i sin teori for å fremme egenomsorg til pasienter som har behov for det (Orem, 2001; Krogh, 2005). Metodene kan defineres som empowerment-intervensjoner eller intervensjoner som har som mål å gi pasientene økt mestringsfølelse, og som vektlegger brukermedvirkning og pasientens kunnskapskompetanse (Tveiten, 2016). Hos pasienter med schizofreni og metabolsk syndrom som følge av livsstil og antipsykotika, er det viktig at sykepleieren bruker metoder som kan hjelpe pasienten til å bli selvstendig og ta gode valg på egenhånd for å fremme egenomsorgen, og ikke utfører handlinger for dem (Orem, 2001). Hvis pasienten opplever å være sterk preget av sykdommen sin, kan det være nødvendig at sykepleieren må ta valg som vil gi bedre helse relaterte utfall til pasienten i det lange løp, men dette må kun være i spesielle akutte situasjoner, som for eksempel ved psykose. Det å utføre handlinger for en pasient for å opprettholde egenomsorg, må da gradvis bli erstattet av metoder som bygger mer på å styrke pasientens kunnskapsnivå og motivasjon til å selv bli selvstendige i å utføre handlinger for å opprettholde egenomsorg (Orem, 2001).

5.2 Sykepleieintervensjoner som hjelpemetode

Ifølge Orems egenomsorgsteori er sykepleierens overordnede mål og hensikt å hjelpe pasienten til å utføre egenomsorgskravene som skal til for å opprettholde menneskelig funksjon. Når sykepleier skal hjelpe pasienter som har en fysisk og psykisk sykdom, og som sørger for begrensninger hos pasientene til å foreta riktige valg, må det settes i gang mer spesielle og

tilpassede mål for å oppnå ønsket egenomsorg (Orem, 2001). Livsstils-intervensjoner kan føre til vektreduksjon og forebygging av vektøkning, reduksjon av triglyserider og hyperglykemi (Bruins mfl., 2014). Deltakere fra studien til Usher, Park og Foster (2013) meddelte at de hadde hatt en vektøkning mellom 10 – 50 kg etter påbegynt behandling med antipsykotika. Pasientene kan ha en svikt i egenomsorgen ved at de ikke er klar over skadelige virkninger ved den medisinske behandlingen (Orem, 2001). Vektøkningen som følge av medisineringen hadde bidratt til å gjøre det utfordrende for pasientene å etablere intime relasjoner, de opplevde ubehag og flere hadde vurdert å slutte med behandling av antipsykotika (Usher, Park og Foster, 2013). Happell, Platania-Phung og Scott (2014) viser i sin studie at sykepleiere forstår konsekvenser antipsykotika kan gi, men anser det ikke som ansvarlig å seponere behandlingen på grunn av den terapeutiske effekten det har. Alternativet kan være å prøve en annen type antipsykotika, men det er viktig å ikke avbryte en behandling. Det kan oppleves som mer uheldig for pasienten og symptomene de opplever, enn kun vektoppgang som bivirkning.

Økning av kroppsmasse indeks (KMI) og økning i dyslipidemi ble sett hos over to tredjedeler av pasientene med schizofreni som brukte antipsykotika (Bell mfl., 2009). I studien til Hansen mfl. (2016) viste det seg ved en etterkontroll, at intervensjonen ikke hadde hatt betydningsfull effekt på metabolske risikofaktorer hos pasientene. Videre i studien kom det frem at årsaker til ikke-betydningsfulle resultater kunne være alder, hvor lenge pasientene har hatt diagnosen og vært medisinert med antipsykotika. De faktorene kan bidra til at kapasiteten til å utføre egenomsorg er svekket og pasienten kan utføre handlinger som ikke er forebyggende i forhold til livsstilsrelatert helse (Orem, 2001). En annen studie mente mangel på henvisning til primærhelsetjenesten og dårlig oppfølging av pasientene etter utskrivelse, kunne være en faktor for videre utvikling av risikofaktorer relatert til metabolsk syndrom (Coakley mfl., 2012). Dette kan ses i sammenheng med funn Hansen mfl. (2016) fant i sin studie, hvor pasienter som nylig var diagnostisert og nettopp hadde startet med antipsykotika var vanskeligere å motivere til endring av livsstil, enn de som hadde vært diagnostisert i mer enn to år. Pasienten med schizofreni og metabolsk syndrom kan spesielt oppleve å ha en svikt i det universelle egenomsorgskravet som omhandler å ivareta tilstrekkelig inntak av ernæring. Denne omhandler både det å vite hva man skal spise, hvor ofte man skal spise, kjenne sultfølelse og vite når man feilernærer seg selv. I tillegg omhandler den diabetes, og det å observere tegn på hyper- og hypoglykemi, samt å administrere insulin hvis det blir nødvendig (Orem, 2001). Pasienter med

schizofreni har større forekomst av diabetes enn den generelle befolkningen, og det kan være nødvendig å sette i gang tiltak i forhold til å klare å håndtere diabetes også.

I teorien om sykepleiesystemer bli det trukket frem metoder sykepleier kan bruke for å hjelpe pasienten til å oppnå egenomsorg hvor det har skjedd en svikt. Orem's metoder som sykepleier kan bruke i en hjelpesituasjon til pasienten med schizofreni og metabolsk syndrom for å oppnå egenomsorg er støttende-, veiledende-, undervisende- og terapeutisk miljø-intervensjoner (Orem, 2001). Metodene kommer frem i resultatstudiene i form av motiverende samtale, undervisning og gruppeterapi. Hensikten med intervensjonene er ikke å frata pasientens autonomi, men å veilede og støtte til økt motivasjon og kunnskap, slik at de kan utføre aktivitetene på eget initiativ. I en kontrollstudie utført av Attux mfl. (2013) ser de at pasienter med schizofreni som har deltatt på livsstils-intervensjon klarte å holde vekten stabil etter seks måneder. I tillegg viser studien at bruk av livsstils-intervensjon for å forebygge og bedre helse, kan være gode strategier for å hjelpe pasientgruppen å forebygge livsstilsrelatert sykdom og metabolsk syndrom.

5.2.1 Undervisning som hjelpemetode

Kapasiteten til egenomsorg blant pasienter med schizofreni kan også være berørt av at de mangler kunnskap om teamet fysisk helse og livsstil, motivasjon, samt at den mentale helsen er påvirket i den retning at livsstilsvalgene ikke står i fokus hos pasienten (Orem, 2001). I en studie utført av McIntyre (2009) ble det rapportert at kun cirka halvparten av pasientene med schizofreni, ble informert om sammenhengen mellom vektøkning og medisinerings med antipsykotika, de langvarige konsekvensene ved vektøkning og hvilken innvirkning antipsykotika kan ha på andre medisinske tilstander av psykiatrisk helsepersonell. Psykiatrisk helsepersonell ble i studien identifisert som individer som skal gi informasjon knyttet til den psykiske lidelsen og behandling. Som pasient har man krav til å få den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin egen helsetilstand, samt informasjon om mulige risikofaktorer og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Sykepleier har hele tiden en egen personlig plikt til å utøve faglig forsvarlighet og skal informere og gi opplysninger som pasienten har krav på. For å opptre faglig forsvarlig må sykepleier tilegne seg kunnskap om sykdom, virkning og bivirkning ved medisinerings, og videreformidle dette til pasienten for å forebygge eventuelle komplikasjoner som kan oppstå (Helsepersonelloven, 1999; Norsk Sykepleierforbund, 2013).

Økt kunnskap om helse- og risikofaktorer relatert til metabolsk syndrom, var noe pasientene med schizofreni verdsatte i resultatstudiene. Orem trekker frem undervisning og det å gi hverandre kunnskap som en god hjelpemetode ved egenomsorgssvikt (Orem, 2001). Det ligger en naturlig motivasjon hos mennesker å tilegne seg kunnskap, forståelse og ferdigheter, men det er ikke alltid pasienter selv er bevisste på behovet for kunnskap om gode livsstilsvalg. Dette kan bidra til at motivasjonen til å delta på undervisningsintervensjoner er lav (Tveiten, 2008, 2016). Sameby mfl. (2008) poengterer at sykepleiere er i en unik posisjon til å videreføre informasjon om konsekvenser ved livsstil til pasienter med schizofreni og metabolsk syndrom. Pasientenes evner til å tilegne seg kunnskap kan være redusert på grunn av kognitive forstyrrelser (Orem, 2001). Undervisningsintervensjoner bør tilrettelegges etter pasientens kognitive funksjon, og informasjonen må gis deretter (Sameby mfl. 2008). Å få undervisningen tilrettelagt kan være en motiverende faktor som kan gjøre det enklere for pasientene å gjennomføre atferd- og livsstilsendringer (Sameby mfl., 2008; Hultsjö og Blomqvist, 2013). I studien til Hansen mfl. (2016) var mange av pasientene med schizofreni motivert til å lære, noe som bidro til økt deltakelse ved både individuelle og gruppebaserte intervensjoner med undervisning som hovedelement.

Når sykepleiere skal undervise må de være bevisste på hva de skal lære bort og hvem målgruppen er (Tveiten, 2016). Sykepleieren bør kartlegge hvilke kunnskaper pasienten har rundt temaet ernæring og livsstil før de eventuelt setter i gang en undervisning. Hvis pasienten ikke vet hva de forskjellige næringsstoffene og kalorier er, kan det være at de ikke har nytte av å lære om hva de skal og ikke skal spise. Sykepleieren må i tillegg se på pasienten sin erfaring rundt temaet, livsstilen og vaner, for å vite hvor pasienter står i forhold til å tilegne seg kunnskap det er behov for (Orem, 2001). I studien til Pitkänen mfl. (2008) ble det kartlagt hva pasientene mente manglet ved intervensjonen. Blant annet var de ikke var fornøyde med informasjonen de fikk og de skulle ønske sykepleieren viste mer empati og støtte. Det pasientene ønsket mer informasjon om var medisiner, livsstilssykdommer og bedre individualiserte behandlingsregimer (Pitkänen mfl., 2008).

I studien til Hultsjö og Blomqvist (2013) fremhever de undervisning som lærer pasientene sammenhengende faktorer mellom mental- og somatisk helse. Dette kan gi pasientene forståelse for at de kan oppnå god helse på begge plan, og det kan være en god intervensjon. Videre i studien kommer det frem at pasienter med schizofreni er klar over risikofaktorer ved

usunn livsstil, men prioriterer behandling av mental helse fremfor forebygging av somatisk helse (Hultsjö og Blomqvist, 2013). Det kan være nyttig for pasienten med schizofreni å lære at god fysisk helse kan ha positivt utfall for den mentale helsen, og fører til blant annet økt selvtillit, forbedret sosial evne og kognitiv funksjon (Moltke, 2010). Ved å bevisstgjøre pasienten og forklare hvordan man ved å legge om livsstil og kosthold kan bidra til at man etterhvert kan oppnå å utføre egenomsorg på eget initiativ, kan det for noen pasienter være en motiverende faktor som kan øke lærelysten og interessen rundt undervisningen (Orem, 2001).

Roberts og Bailey (2013) viser i sin studie at kunnskapen pasientene tilnærmet seg kunne bidra til mer selvsikkerhet og de fikk økt tro for å ta gode livsstilsvalg på egenhånd. Ifølge Jana, Ram og Praharaj (2014) kan empowerment være et hensiktsmessig verktøy i behandlingen av pasienter med schizofreni og metabolsk syndrom. En empowerment prosess handler om samhandlingen mellom sykepleier og pasient, der målet er å utvikle mestringsstrategier, bevisstgjøre betydningen av valgene de tar og stimulere ressursene til pasienten (Tveiten, 2016). Empowerment kan brukes for å få pasienten til å utføre optimal egenomsorg. Orem vil fremme egenomsorg hos de personene hvor det har skjedd en svikt, og hun ønsker at pasienten selv skal ta initiativ til å utføre handlingene som vil forebygge sykdom. Empowerment kan få pasienten til å bli mer bevisst over de handlingene som kan gjøre at det skjer en svikt i egenomsorgen og gjennom bevisstgjøring og undervisning om temaet, kan pasienten selv etterhvert utføre de rette valgene. Studien gjennomført av Pitkänen mfl. (2008) har trukket frem empowerment som en metode for å undervise og veilede pasientene. Tiltak som sykepleiere utførte i studien var å la pasientene trene på selvbestemmelses-teknikker, gav dem informasjon om livsstil og sykdom, og fokuserte på pasientenes individuelle behov. Pasientene i studien til Roberts og Bailey (2013) mente kunnskapen de fikk var nyttig og motiverende, men det kunne også oppstå noen barrierer. Mangel på respekt og støtte fra helsepersonell, sosial angst og dårlig informasjon om hva deltakerne kunne forvente ved intervensjonen var faktorer som kunne resultere i mangelfullt oppmøte av pasienter.

Når det undervises om helse kan pasienten få kunnskap om helsefremmende livsstilsvaner (Krogh, 2005). Pasienter med schizofreni kan ofte isolere seg og av den grunn bli fysisk inaktive (Skårderud mfl., 2010). Gjennom studien til Johnstone mfl. (2009) beskriver pasientene barrierer som begrenset erfaring av fysisk aktivitet, ubalanse ved mental helse, effekten av medisineringsen, angst og lite støtte fra sykepleiere og nettverk. Barrierene kunne bidra til at

pasientene unnlot å utføre fysisk aktivitet. Dette støttes opp av McDevitt mfl. (2006), som i tillegg nevner vektøkning og stigmatisering som kunne føre til inaktivitet og isolering. Ved å bruke undervisning som hjelpemetode betyr ikke nødvendigvis at man kun skal sitte inne i et undervisningsrom og utføre tavleundervisning. Sykepleieren kan ta i bruk mer alternative metoder som aktiverer pasienten i stedet for å gjøre den til en passiv lytter for å fremme kunnskap. Hvis pasienten føler barrierer ved fysisk aktivitet kan det tilrettelegges for at pasienten blir tatt med på trening og idrettsaktiviteter som en del av undervisningen. Dette kan igjen være en positiv opplevelse som igjen kan øke lysten til å lære (Orem, 2001).

5.2.2 Motiverende samtale som hjelpemetode

Motiverende samtale kan være en hensiktsmessig intervensjon ved forebygging av metabolsk syndrom hos pasienter med schizofreni. Det er fordi det kan være med på å øke innsikten hos pasienten og finne faktorer i pasientens liv som kan hjelpe dem med å opprettholde motivasjonen over en lengre periode (Rüsch og Corrigan, 2002). Motiverende samtale går under hjelpemetodene i egenomsorgsteorien til Orem som ledende og støttende hjelpemetoder. Sykepleieren vil ved hjelpemetodene innta en ledende og støttende rolle til pasienten for å hjelpe han til å bli motivert til å få en bedre livsstil og helse. Ved at sykepleieren hjelper pasienten ved en motiverende samtale, kan det gjøre at pasienten kan klare å fullføre en intervensjon eller nå målene han har satt seg (Orem, 2001). Motiverende samtale blir brukt når man har som mål å motivere en annen person til endring (Ivarsson mfl., 2015). Metoden baserer seg på å identifisere og mobilisere pasientens egne vurderinger og mål (Hansen mfl., 2016). Det kan foreligge flere faktorer som fremmer motivasjonen til pasienter med schizofreni ved livsstils-intervensjon. Når pasienten når målene sine gir det en mestringsfølelse og mening, og dette kan styrke motivasjonen for videre arbeid, forandring og fremgang (Eide og Eide, 2007).

Eide og Eide (2007) mener at det er viktig med realistiske og kortsiktige mål, fordi det kan gi mestringsfølelse og økt motivasjon til endring. Hansen mfl. (2016) støtter opp i sin studie at enkle, men gode strategier kan bidra til at pasienter med schizofreni oppnår endring. Urealistiske mål kan virke mot sin hensikt og være demotiverende. Det kan gjøre at pasienten mister motivasjonen for videre arbeid, fordi de vet at målene er uoppnåelige, noe som igjen kan føre til skuffelse og tap av håp (Eide og Eide, 2007). Deltakerne i studien til Pitkänen mfl. (2008) mente at et økt fokus på individuell tilpasning av intervensjonene kunne fungere som en motivasjonsfaktor. Hultsjö og Blomqvist (2013) mener at intervensjoner som tilpasses den mentale helsen til pasienten også er sentralt når fysisk helse skal forbedres (Hultsjö og

Blomqvist, 2013). Videre anses det som relevant at sykepleieren i en motiverende samtale ikke overstyrer pasienten, men lar pasienten medvirke aktivt i utformingen av samtalen. Dette kan ha betydning for pasienter som skal prøve å endre og forbedre sin mentale- og somatiske helse ved at de beholder sin autonomi og lærer å ta hensiktsmessige livsstilsvalg (Rüsch og Corrigan, 2002; Ivarsson mfl., 2015). Pasienten har rett til å medvirke ved behandlingsmetoder, og det skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Sykepleiere skal ikke ta ansvaret for endringen av atferden til pasienten, men det skal være fokus på at det er noe de skal gjennomføre sammen (Mabeck, 2005).

Skal man oppnå en vellykket intervensjon er det ifølge Happell, Platania-Phung og Scott (2013) nødvendig med en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Den gode relasjonen kan lede til en samtale med åpenhet og trygghet der pasienten lettere betror seg til sykepleieren. Deltakerne i studien til Roberts og Bailey (2013) ser på den gode interaksjonen med sykepleier som sentralt i gjennomførelsen av intervensjonen. Har sykepleier negativ holdning mot pasienten kan det oppstå barrierer. Pasienten kan gå i forsvar, være uinteressert i å snakke, sint, eller virke irritert i sin væremåte (Ivarsson mfl., 2015). Dette er naturlige reaksjoner som oppstår umiddelbart når andre personer forsøker å blande seg inn i livene våre (Mabeck, 2005). Sykepleieren må derfor tenke over hvordan de fremstår og bruken av både verbal og non-verbal kommunikasjon i interaksjonen med pasienter (Roberts og Bailey, 2013). Oppstår det konflikt kan tiltak være å stoppe impulsen for å argumentere imot pasienten. Et annet tiltak kan være å skifte fokus i samtalen (Ivarsson mfl., 2015). Motiverende samtale er en metode som forebygger motstand gjennom det respektfulle, samarbeidende og aksepterende holdningssettet, gjennom den empatiske lyttingen og gjennom at hjelperen tydelig markerer at målet er å finne en løsning som er akseptabel for pasienten (Ivarsson mfl., 2015).

5.2.3 Gruppesamtale som hjelpemetode

Orem trekker frem å være i gruppe og utføre intervensjoner med flere samlet som en metode som kan gi både nødvendig og effektiv sykepleie til pasienten (Orem, 2001). Gruppesamtale benytter seg av sykepleierens fagkompetanse og av deltakernes felles kunnskaper og erfaringer (Tveiten, 2008). Det kan bidra til endringer av meninger, holdninger og gi deltakerne emosjonell støtte (Christiansen, 2013). Ved å utføre gruppesamtale som intervensjon er det viktig å tilrettelegge for pasientene og at sykepleier anvender riktige teknikker for hvordan gruppesamtalene blir utført (Orem, 2001). Gruppesamtale har til felles med motiverende

samtale at deltakerne motiveres til å sette ord på tanker og følelser der og da (Skårderud mfl., 2010). For noen av deltakerne i studien til Roberts og Bailey (2013) kunne dette være vanskelig, da det for noen også kunne være ubehagelig å få tilbakemelding fra andre. Spesielt kunne være vanskelig hvis gruppene var for store. Størrelsen på gruppene bør vurderes ut fra deltakerne og hva hensikten med terapien er (Tveiten, 2008).

I studien til Roberts og Bailey (2013) kommer det frem at gruppesamtale kan ha en positiv påvirkning hos pasienter med schizofreni. Gjennom fellesskapet i en gruppe kan pasienten føle samhørighet med de andre, noe som styrker selvfølelsen og troen på egen kompetanse (Tveiten, 2016). Dette støttes opp i studien til Sameby mfl. (2008) der deltakerne opplevde at de fikk en gjensidig sosialpåvirkning hos de andre deltakerne. Samtidig kommer det frem at sosial interaksjon kan føre med seg barrierer hos pasientene. Å møte ukjente mennesker, og sosial angst kunne bidra til at pasienter unnlot å møte opp på gruppesamtaler. (Roberts og Bailey, 2013). Angst behøver ikke være et hinder for pasientene, men et utgangspunkt for felles lære. Sykepleier bør først og fremst skape trygge rammer i gruppen, for så å få satt ord på hva angst er og hvordan de sammen kan redusere den (Skårderud, 2010). Gjennom fellesskapet med andre, kan pasienter se sin egen situasjon i et nytt perspektiv og få nye tanker om hvordan man kan mestre utfordringene (Tveiten, 2016).

Til tross for sosial angst viste det seg at deltakerne ble motivert til å fortsette på grunn av støtten de fikk fra andre pasienter og sykepleier, og gjennom relasjonene som ble utviklet (Roberts og Bailey, 2013). Når pasienter deltar i gruppeterapi med andre i lignende situasjoner, kan opplevelsen av stigma opphøre og problemene bli alminneliggjort (Hummelvoll, 2012). Gruppetilhørighet ga pasientene med schizofreni økt motivasjon og selvtillit (Roberts og Bailey, 2013). Det kan også bidra til trygghet å høre at andre har samme behov som en selv (Tveiten, 2008). Videre barrierer som kan oppstå ved gruppesamtale er at det kan vies for mye oppmerksomhet til negativitet og sykdomserfaring, i stedet for muligheter og mestringsstrategier (Christiansen, 2013). Det er noe som kan føre til at pasienter ikke tør å stille spørsmål og komme med kommentarer (Tveiten, 2008). Som sykepleier kan det i slike situasjoner være viktig å utføre terapeutisk miljø intervensjoner. Tilpassing av miljøet kan gjøre at pasienter føler seg mer respektert og sett av både de andre i gruppen og av sykepleieren, samt sørge for at pasienten opplever en større personlig utvikling (Orem, 2001).

Et tiltak ved gruppeintervensjon kan være å dele pasientene inn etter symptomer og kognitivt nivå, slik Sameby mfl. har gjort i studien sin. Det kan bidra til at pasientene føler de andre i gruppen virkelig forstår dem og får bedre utbytte av terapien, fordi erfaringene og utgangspunktet blir mer like (Tveiten, 2016). Medlemmene i gruppen er alle med å påvirke både positivt og negativt. En gruppeleder bør derfor legge til rette for at alle deltar og får sagt like mye, slik at barrierer blir brutt (Tveiten, 2016). Samtidig bør sykepleieren tenke på hvordan gruppeterapiens miljøfaktorer påvirker, som for eksempel størrelse på rommet og forfriskninger, siden dette også hadde innvirkning på om pasientene deltok eller ikke (Roberts og Bailey, 2013). Dette trekker Orem (2001) frem som et viktig poeng for å fremme læring og motivasjon for å nå de målene pasientene har satt seg. Hun trekker også frem at å tilpasse miljøfaktorer ikke nødvendigvis trenger å være fysiske faktorer, men også psykososiale. Så det å dele grupper inn etter for eksempel kognitivt nivå, kan for noen være med å gi større terapeutisk virkning av intervensjonen (Orem, 2001).

5.3 Samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten

Flere pasienter blir i dag behandlet poliklinisk med korte møter med behandler (Haugan og Rannestad, 2016). Kommunen har videre ansvar om å tilby en koordinator som skal sørge for oppfølging, samordning og progresjon i arbeidet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Hansen mfl. (2016) viser i sin studie at pasienter som var under oppfølging i kommunen hadde større vanskeligheter med å opprettholde motivasjon til vektnedgang og livsstilsendringer, enn de pasientene som var innlagt i institusjon (Hansen mfl., 2016). Et tettere tverrfaglig samarbeid med primærhelsetjenesten kommer frem som et viktig moment ved behandlingen til pasienter med schizofreni (Sameby mfl., 2008). Ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten har sykepleieren lettere for å følge opp pasienten siden de er under kontinuerlig tilsyn. Det kan også gjøre det enklere å motivere pasienter til å delta på de forskjellige intervensjonene.

Til tross for retningslinjer som er laget for å føre en adekvat overvåkning av metabolske risikofaktorer, blir det likevel ikke tilstrekkelig fulgt opp blant psykiatriske pasienter. Helsepersonell sine begrunnelser for å ikke overvåke risikofaktorer er at de ofte føler mangel på kunnskap om somatisk sykdom, begrenset tid og begrenset ressurser til å gi fullverdig medisinsk behandling (Coakley mfl., 2012). På bakgrunn av dette bør det være et større fokus

på intervensjoner som utvikles både for kommunale helsetjenester og institusjoner, slik at pasienter med schizofreni får mer kontinuitet i den hjelpen de har behov for ved forebyggende helsetiltak (Hansen mfl., 2016). Dette støtter Happell, Platania-Phung og Scott (2014) i sin studie som trekker frem at det kreves mer samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten for å gi bedre oppfølging og tilbud til pasientene. Kommunen og spesialisthelsetjenesten har som plikt til å inngå skriftlige samarbeidsavtaler for å sørge for en helhetlig oppfølging og behandling av utskrivningsklare pasienter (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). For psykiatrien og samarbeidet mellom sykehus og kommune vil dette først tre i kraft fra tidligst den 01.01.2017, med at det er først da det skal innføres betalingsplikt for overliggende pasienter i sykehus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Ved at det ikke er inngått forpliktende avtaler, vil dette kunne få konsekvenser for oppfølging av pasienter med schizofreni og somatisk sykdom inntil dette er på plass. Riksrevisjonen (2016) utførte i 2015 en gjennomgang av målene som ble satt ved Meld.St.26 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Der kommer det frem at tilbudet ute i kommunen ikke er styrket i takt med nedleggelse av sengeplasser i spesialisthelsetjenesten, og pasientene kan oppleve å ikke få den behandlingen og oppfølgingen som kreves (Riksrevisjonen, 2016).

5.4 Metodiske- og etiske overveielser

For å finne svar på vår problemstilling ble det søkt etter forskning på studier og litteratur som har betydning for intervensjoner gjennomført til pasienter med schizofreni. Vi brukte mye tid på å oversette og analysere artikler for å bli sikre på at vi fant frem til gode studier som kunne besvare problemstillingen vår, og at de viktigste resultatene fra artiklene ble trukket frem. Artiklene som er brukt i resultater er primærkilder. Ved kun å bruke primærkilder og ikke sekundærkilder hindrer vi at nødvendig informasjon kan gå tapt, eller at betydningen endres gjennom noen andres tolkninger. Både i bakgrunn og diskusjonsdelen er det brukt sekundærkilder for å støtte opp argumenter og poenger vi anser som sentrale i oppgaven.

Artiklene vi har funnet er mellom 2008 – 2016, noe som gav oss nokså ny forskning på området vi har undersøkt nærmere. Studiene er gjennomført i Sverige, Danmark, Finland, Storbritannia og Australia. Man ser at de fleste studiene er fra Norden, noe som gjør det enkelt for oss å se sammenhenger som er overførbare til helsevesenet i Norge. Alle artiklene er skrevet på Engelsk. Begrensninger i vår studie er at det ble sett på kun seks studier, noe som gjør at man kan ha utelukket annen aktuell forskning på området. Hovedelementene fra hver enkel

resultatartikkel er tatt ut og gjengitt så korrekt som mulig. Det foreligger likevel en risiko for mistolkninger eller misforståelse gjennom oversettelsen. Ved at alle har lest gjennom og analysert artiklene kan man kvalitetssikre egen forståelse opp mot hverandre. De artiklene som er valgt ut tar for seg både kvalitativ og kvantitativ metode, dette gjør at oppgaven får et bredt spekter. De fleste studiene bruker en kvalitativ metode og vi synes det belyser vår problemstilling best for å undersøke hensiktsmessige sykepleieintervensjoner for å forebygge metabolsk syndrom hos pasienter med schizofreni. I følge Polit og Beck (2014) er forskere i kvalitative studier opptatt av informantenes egne opplevelser og erfaringer, noe som i vår studie gjør at man kommer nærmere hvert individ og deres opplevelse.

Når forskningsstudier skal gjennomføres kreves det visse etiske retningslinjer som forskeren må forholde seg til. Dette står det blant annet om i Helsinkideklarasjonen. Det er regler som skal beskytte pasientene og verne dem mot ulemper som kan følge forskningen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2013). Personen som deltar i studien må gi sitt samtykke til å delta i studien, enten personen selv, pårørende eller formyndere. De har også krav på full informasjon om forskningen og de har rett til å trekke seg ut av studien når som helst. Resultatene i studiene er troverdige og har overføringsverdi til klinisk praksis. Diskusjonsdelen inneholder et variert utvalg av faglitteratur og anbefalt litteratur i undervisningsplanen for bachelor i sykepleie. Nyeste utgave er hele tide prioritert. I en litteraturstudie er det viktig å velge forskning som er relevant for oppgaven, og kritisk vurdere hva som ikke kan brukes og brukes (Polit og Beck, 2014).

6. Konklusjon

Hvilke sykepleieintervensjoner er hensiktsmessige i forebyggende helsearbeid til pasienter med schizofreni og metabolsk syndrom?

Intervensjoner som gruppeterapi, motiverende samtale og undervisning trekkes frem som hensiktsmessige behandlingsmetoder ved forebyggende helsearbeid hos personer med schizofreni og metabolsk syndrom. Intervensjonene kan fungere hver for seg, men har en bedre terapeutisk virkning hvis de implementeres sammen. Motivasjon hos pasientene kom frem som et sentralt poeng i artiklene, og som en faktor med betydning for en vellykket intervensjon. Selv om dette er hensiktsmessige behandlingsmetoder er det ikke en selvfølge at det vil nå ut til alle pasienter med schizofreni og metabolsk syndrom. Det er fordi kognitiv funksjon hos pasientene kan bidra til mangel på motivasjon, engasjement og vilje til endring. Resultatene ut i fra denne litteraturstudien viser at det er behov for videre forskning for å komme nærmere til et mer helhetlig behandlingsregime som tar for seg flere typer intervensjoner.

Sykepleiere er en yrkesgruppe som med sitt kliniske blikk og kunnskap kan være en viktig faktor ved forebyggende helsearbeid. Det er nødvendig for sykepleieren å tilrettelegge behandlingen etter pasients individuelle behov. Det er fordi pasienter med schizofreni har ulike symptom bilder, kognitivt nivå og atferdsmønster. Sykepleieren må kartlegge pasienten for å finne frem til ulike motivasjonsfaktorer og barrierer pasienten har for å delta på intervensjoner. Barrierene som pasientene ofte opplever kan hindre dem til å oppsøke helsehjelp og å delta på intervensjoner. Resultater fra artiklene viser at personer med schizofreni ofte mangler motivasjon og kunnskap om sykdom og dette anses som en utfordring ved helse og livsstilsendringer.

For et hensiktsmessig behandlingsforløp anses det som essensielt med et godt tverrfaglig samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det er samtidig relevant å utvikle langsiktige intervensjoner som er overførbare fra en institusjon til kommunen og hjemmet til pasienten. Videre er det også nødvendig at helsepersonell tilegner seg kunnskap og har et økt fokus på somatiske sykdommer antipsykotika kan føre til. Sykepleiere må være mer bevisste på å overføre informasjon og kunnskap om virkning og bivirkning, samt gode livsstilsvalg til pasientene. Informasjonen må være brukervennlig og tilpasset pasientene.

Denne studien trekker frem hvilken påvirkning antipsykotika kan ha, også ved somatisk sykdom. Det kommer videre frem at det er mangel på forskning rundt sykepleieintervensjoner som kan være med å forebygge helse og somatisk sykdom hos pasienter som behandles med antipsykotika. Temaet psykisk- og fysisk helse er svært aktuelt da det foreligger nyere forskning som beviser at begrepene påvirker hverandre i en positiv retning. Det bør derfor bli økt fokus på forebyggende tiltak til pasienter med metabolsk syndrom eller risikofaktorer som følge av antipsykotika.

7. Litteratur

- American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologist, North American Association for the Study of Obesity og Clark, N. (2004) 'Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes', *Diabetes Care*, 27(2), s. 596-601.
- Attux, C., Martini, L. C., Elkis, H., Tamai, S., Freirias, A., Camargo, M., Mateus, M. D., Mari, J. D., Reis, A. og Bressan, R. (2013) 'A 6-month randomized controlled trial to test the efficacy of a lifestyle intervention for weight gain management in schizophrenia', *BMC Psychiatry*, 13(1), s. 1-9.
- Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care*. 3. utg. Maidenhead: Open University Press.
- Beebe, L. H. (2008) 'Obesity in Schizophrenia: Screening, Monitoring, and Health Promotion', *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(1), s. 25-31.
- Bell, R. C., Farmer, S., Ries, R. og Srebnik, D. (2009) 'Metabolic risk factors among medicaid outpatients with schizophrenia receiving second-generation antipsychotics', *Psychiatric Services*, 60(12), s. 1686-1689.
- Bjørk, I. T. og Solhaug, M. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. 1. utg. Oslo: Akribe.
- Brown, S., Birtwistle, J., Roe, L. og Thompson, C. (1999) 'The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia', *Psychological Medicine*, 29(3), s. 697-701.
- Bruins, J., Jörg, F., Bruggeman, R., Slooff, C. J., Corpeleijn, E. og Pijnenborg, M. (2014) 'The effects of lifestyle interventions on (long-term) weight management, cardiometabolic risk and depressive symptoms in people with psychotic disorders: a meta-analysis', *Plos One*, 9(12), s. 1-20.
- Christiansen, B. (2013) 'Tilrettelegging, metodikk, endringsarbeid', i Christiansen, B. (red.) *Helseveiledning*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 67-78.
- Coakley, C., Bolton, P., Flaherty, L., Kopeski, L. M., Slifka, K. og Sutherland, M. A. (2012) 'The incidence of metabolic risk factors in an inpatient psychiatric setting', *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 50(3), s. 24-30.
- Crump, C., Winkleby, M. A., Sundquist, K. og Sundquist, J. (2013) 'Comorbidities and Mortality in Persons With Schizophrenia: A Swedish National Cohort Study', *American Journal Of Psychiatry*, 170(3), s. 324-333.

- De Hert, M., De Beugher, A., Sweers, K., Wampers, M., Correll, C. og Cohen, D. (2016) 'Knowledge of Psychiatric Nurses About the Potentially Lethal Side-Effects of Clozapine', *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(1), s. 79-83.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2013) *Helsinki deklarasjonen*. Tilgjengelig fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/> (Hentet: 05.05.2016).
- Eide, H. og Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ekeland, T.-J. og Hegen, K. (2007) 'Meistring og myndiggjering - reform eller retorikk?', i Ekeland, T.-J. og Heggen, K. (red.) *Meistring og myndiggjering*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 13-28.
- Erikson, M. G. (2010) *Riktig kildebruk : kunsten å referere og sitere*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Evensen, S., Torbjørn Wisløff, Ullevoldsæter Lystad, J., Helen Bull, Torill Ueland og Erik Falkum (2016) 'Prevalence, Employment Rate, and Cost of Schizophrenia in a High-Income Welfare Society: A Population-Based Study Using Comprehensive Health and Welfare Registers', *Schizophrenia Bulletin*, 42(2), s. 476-483.
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. 3. utg. Stockholm: Natur & kultur.
- Hansen, M. V., Hjort, P., Kristiansen, C. B., Vandborg, K., Gustafsson, L. N. og Munk-Jørgensen, P. (2016) 'Reducing cardiovascular risk factors in non-selected outpatients with schizophrenia', *International Journal of Social Psychiatry*, s. 1-8.
- Happell, B., Platania-Phung, C. og Scott, D. (2014) 'Proposed nurse-led initiatives in improving physical health of people with serious mental illness: a survey of nurses in mental health', *Journal of clinical nursing*, 23(7-8), s. 1018-1029.
- Heald, A. (2010) 'Physical health in schizophrenia: a challenge for antipsychotic therapy', *European Psychiatry*, 25(1), s. 6-11.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Meld.St.26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (Hentet: 10.05.2016).

- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven> (Hentet: 08.04.2016).
- Holmberg, S. K. og Kane, C. (1999) 'Health and Self-Care Practices of Persons With Schizophrenia', *Psychiatric Services*, 50(6), s. 827-829.
- Hultsjö, S. og Blomqvist, K. B. (2013) 'Health Behaviors as Conceptualized by Individuals Diagnosed with a Psychotic Disorder', *Issues in Mental Health Nursing*, 34(9), s. 665-672.
- Hummelvoll, J. K. (2012) *Helt - ikke stykkevis og delt*. 7. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hätönen, H., Suhonen, R., Warro, H., Pitkänen, A. og Välimäki, M. (2010) 'Patients perceptions of patients education on psychiatric inpatient wards: a qualitative study ', *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 17(4), s. 335-341.
- Høyve, A., Jacobsen, B. K. og Hansen, V. (2011) 'Increasing mortality in schizophrenia: Are women at particular risk? A follow-up of 1111 patients admitted during 1980–2006 in Northern Norway', *Schizophrenia Research*, 132(2-3), s. 228-232.
- Ivarsson, B. H., Ortiz, L., Wirbing, P. og Aspelund, E. (2015) *MI - motiverende samtaler*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jana, A., Ram, D. og Praharaj, S. (2014) 'Empowerment and its Associations in Schizophrenia: A Cross-sectional Study', *Community Mental Health Journal*, 50(6), s. 697-701.
- Johannessen, J. O. (2011) 'Schizofreni - klinisk bilde og utbredelse', i Rund, B. R. (red.) *Schizofreni*. 4. utg. Stavanger: Hertervig Akademisk, s. 28-42.
- Johnstone, R., Nicol, K., Donaghy, M. og Lawrie, S. (2009) 'Barriers to uptake of physical activity in community-based patients with schizophrenia', *Journal of Mental Health*, 18(6), s. 523-532.
- Kjølstad, H. (2004) *Gruppeterapi*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Krogh, G. v. (2005) *Begreper i psykiatrisk sykepleie : sykepleiediagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner*. 2 utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Laursen, T. M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Ösby, U., Alinaghizadeh, H., Gissler, M., Nordentoft, M., Hallgren, J. og Osby, U. (2013) 'Life expectancy and death by diseases of the circulatory system in patients with bipolar disorder or schizophrenia in the Nordic countries', *Plos One*, 8(6), s. 1-7.

- Leino-Kilpi, H., Ilre, L., Suominen, T., Vuorenheimo, J. og Välimäki, M. (1993) 'Client and information: a literature review ', *Journal of clinical nursing*, 2(6), s. 331-340.
- Lingjærde, O. (2006) *Psykofarmaka : medikamentell behandling av psykiske lidelser*. 5. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Mabeck, C. E. (2005) *Introduktion til den motiverende samtale*. 1. utg. København: Munksgaard Danmark.
- Malt, U. (2016) *Schizofreni*. Tilgjengelig fra <https://sml.snl.no/schizofreni> (Hentet: 09.05.2016).
- McDevitt, J., Snyder, M., Miller, A. og Wilbur, J. (2006) 'Perceptions of Barriers and Benefits to Physical Activity Among Outpatients in Psychiatric Rehabilitation', *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), s. 50-55.
- McIntyre, R. S. (2009) 'Understanding needs, interactions, treatment, and expectations among individuals affected by bipolar disorder or schizophrenia: the UNITE global survey', *Journal of Clinical Psychiatry*, 17(3), s. 5-11.
- Mitchell, A. J., Vancampfort, D., Sweers, K., Winkel, R. v., Yu, W. og Hert, M. D. (2013) 'Prevalence of Metabolic Syndrome and Metabolic Abnormalities in Schizophrenia and Related Disorders - A Systematic Review and Meta-Analysis', *Schizophrenia Bulletin*, 29(2), s. 306-318.
- Moller, M. D. (2009) 'Neurobiological Responses and Schizophrenia and Psychotic Disorders', i Stuart, G. W. (red.) *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 9. utg. St. Louis: Moseby Elsevier, s. 334-368.
- Moltke, A. (2010) *Kroppens ambivalens : skizofreni, fysisk aktivitet og motivation*. 1. utg. København: Frydenlund.
- Nielsen, R. E., Uggerby, A. S., Jensen, S. O. W. og McGrath, J. J. (2013) 'Increasing mortality gap for patients diagnosed with schizophrenia over the last three decades — A Danish nationwide study from 1980 to 2010', *Schizophrenia Research*, 146(1-3), s. 22-27.
- Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (2015) *Forskning*. Tilgjengelig fra <https://www.ntnu.no/hos/forskning-sykepleie> (Hentet: 08.04.2016).
- Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (Hentet: 01.05.2016).

- Norsk Sykepleierforbund (2013) *Dette bør du vite om faglig forsvarlighet*. Tilgjengelig fra https://www.nsf.no/Content/1161840/3%20utgave%20faglig_forsvarlighet.pdf (Hentet: 13.05.2016).
- Orem, D. E. (2001) *Nursing : concepts of practice*. 6. utg. St. Louis: Mosby.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 13.05.2016).
- Pitkänen, A., Hätönen, H., Kuosmanen, L. og Välimäki, M. (2008) 'Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study', *International Journal of Nursing Studies*, 45(11), s. 1598-1606.
- Polit, D. F. og Beck, C. T. (2014) *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice*. 8. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Riksrevisjonen (2016) *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Roberts, S. H. og Bailey, J. E. (2011) 'Incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness: a narrative synthesis of quantitative, qualitative and mixed methods studies', *Journal of Advanced Nursing*, 67(4), s. 690-708.
- Roberts, S. H. og Bailey, J. E. (2013) 'An ethnographic study of the incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness', *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), s. 2514-2524.
- Rund, B. R. (2011) 'Forord', i Rund, B. R. (red.) *Schizofreni*. 4. utg. Stavanger Hertervig Akademisk, s. 7-9.
- Rüsch, N. og Corrigan, P. W. (2002) 'Motivational Interviewing to Improve Insight and Treatment Adherence in Schizophrenia', *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(1), s. 23-32.
- Sameby, G., Söderberg, H., Hedström, M. og Waern, M. (2008) 'Health improving measures for patients suffering from psychosis- Development of treatment methods and an intervention program', *Nordic Journal Of Nursing Research And Clinical Studies*, 28(4), s. 29-33.
- Skårderud, F., Stänicke, E., Haugsgjerd, S., Maizels, D. og Engell, S. (2010) *Psykiatriboken : sinn - kropp - samfunn*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Spigset, O. (2013) 'Legemidler ved psykiske sykdommer', i Nordeng, H. M. E. og Spigset, O. (red.) *Legemidler og bruken av dem*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 217-234.

- Steylen, P. M. J., Van Der Heijden, F. M. M. A., Kok, H. D. H., Sijben, N. A. E. S. og Verhoeven, W. M. A. (2013) 'Cardiometabolic comorbidity in antipsychotic treated patients: need for systematic evaluation and treatment', *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2013, Vol.17(2), p.125-130, 17(2), s. 125-130.
- Tiihonen, J., Lönnqvist, J., Wahlbeck, K., Klaukka, T., Niskanen, L., Tanskanen, A. og Haukka, J. (2009) '11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study)', *The Lancet*, 374(9690), s. 620-627.
- Tveiten, S. (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis 2*. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2016) *Helsepedagogikk : pasient- og pårørendeopplæring*. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ueland, T. (2012) 'Kognitiv trening ved Schizofreni', i Fladby, T., Andersson, S. og Gjerstad, L. (red.) *Nevropsykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 117-122.
- Usher, K., Foster, K. og Park, T. (2006) 'The metabolic syndrome and schizophrenia: the latest evidence and nursing guidelines for management', *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(6), s. 730-734.
- Usher, K., Park, T. og Foster, K. (2013) 'The experience of weight gain as a result of taking second-generation antipsychotic medications: the mental health consumer perspective', *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(9), s. 801-806.
- Vancampfort, D., Stubbs, B., Mitchell, A. J., Hert, M. D., Wampers, M., Ward, P. B., Rosenbaum, S. og Correll, C. U. (2015) 'Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis', *World Psychiatry*, 14(3), s. 339-347.
- Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M. og Laursen, T. M. (2011) 'Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders', *British Journal Of Psychiatry : The Journal Of Mental Science*, 199(6), s. 453-458.
- Weinmann, S., Read, J. og Aderhold, V. (2009) 'Influence of antipsychotics on mortality in schizophrenia: Systematic review', *Schizophrenia Research*, 113(1), s. 1-11.