



HÖGSKOLAN
I HALMSTAD

MAGISTERUPPSATS

Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning psykiatrisk vård, 60 hp



Närståendes erfarenheter av
levnadsvaneinterventioner för personer med
schizofreni

Johanna Hagström och Kristina Svensson

Omvårdnad, 15 hp

Halmstad 2018-05-28

Närståendes erfarenheter av levnadsvaneinterventioner för personer med schizofreni

Författare: Johanna Hagström
Kristina Svensson

Kurs Examensarbete i
Omvårdnad - Inriktning
psykiatrisk vård
Högskolepoäng 15 hp
Plats och tid Halmstad 2018

| | |
|-------------------|--|
| Titel | Närståendes erfarenheter av levnadsvaneinterventioner för personer med schizofreni |
| Författare | Johanna Hagström, Kristina Svensson |
| Sektion | Akademien för hälsa och välfärd |
| Handledare | Henrika Jormfeldt, Universitetslektor och docent i omvårdnad |
| Examinator | Staffan Karlsson, Professor i omvårdnad |
| Tid | 2018-05-28 |
| Sidantal | 11 |
| Nyckelord | Erfarenhet, Levnadsvaneintervention, Närstående, Omvårdnad, Schizofreni |

Sammanfattning

Bakgrund: Många personer med schizofreni lider av fysisk ohälsa som övervikt, hjärt-kärlsjukdomar och diabetes, med risk för en för tidig död som följd. För att förbättra den fysiska hälsan hos personer med schizofreni behövs mer kunskap om vilka insatser sjuksköterskan kan vidta beträffande levnadsvaneförändringar. Närståendes erfarenheter gällande levnadsvaneinterventioner ger en ökad förståelse och ett viktigt komplement för att kunna utveckla omvårdnaden. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva närståendes erfarenheter av levnadsvaneinterventioner för personer med schizofreni. **Metod:** Studien genomfördes som en beskrivande kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Tio närstående till personer med schizofreni intervjuades och textmaterialet analyserades med metoden kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Resultatet formade tre kategorier: *Fysisk hälsa nedprioriterades*, *Patientens behov av motiverande stöd* och *Närståendes begränsade medverkan*. **Slutsats:** Resultatet visade att patientens fysiska hälsa nedprioriterades. Närstående var inte involverade i patienternas levnadsvaneinterventioner. Närstående betonade att patienterna skulle behöva mer motiverande stöd. Omvårdnaden ska ha holistisk syn på människan, och inte särskilja den fysiska hälsan från den psykiska. Specialistsjuksköterskestudenter inom psykiatrisk vård ska få kunskap om fysisk ohälsa hos patienter med schizofreni, för att sedan kunna informera närstående, och individanpassa omvårdnadsåtgärder gällande levnadsvanor. Regelbundna levnadsvaneinterventioner ska vara en rutin i vårdprocessen från början, och fortlöpa genom hela vårdkedjan. Ytterligare studier behövs om närståendes och den psykiatriska vårdens syn på och värderingar av fysisk ohälsa i denna patientgrupp.

| | |
|-------------------|--|
| Title | Relatives' experiences of lifestyle change interventions for people with schizophrenia |
| Author | Johanna Hagström, Kristina Svensson |
| Department | School of Health and Welfare |
| Supervisor | Henrika Jormfeldt, Senior Lecturer and Associated Professor in Nursing |
| Examiner | Staffan Karlsson, Professor in Nursing |
| Period | 2018-05-28 |
| Pages | 11 |
| Key words | Experience, Lifestyle change interventions, Relatives, Nursing, Schizophrenia |

Abstract

Background: Many people with schizophrenia suffer from physical disorder such as obesity, cardiovascular disease and diabetes, at risk of premature death. In order to improve the physical health of people with schizophrenia, more knowledge is needed about the types of interventions the nurse can take regarding lifestyle changes. Relatives' experiences regarding lifestyle change interventions provide increased understanding and an important complement to developing nursing care. **Purpose:** The purpose of the study was to describe the relatives' experiences of lifestyle change interventions for people with schizophrenia. **Method:** The study was conducted as a descriptive qualitative interview study with inductive approach. Ten relatives to people with schizophrenia were interviewed and the text material was analyzed using the qualitative content analysis method. **Results:** The result formed three categories: *Physical health was down prioritized, Patient's need for motivational support and Relatives' limited contribution.* **Conclusion:** The results showed that the patients' physical health was down prioritized. Relatives were not involved in the patients' lifestyle change interventions. Relatives stressed that patients would need more motivational support. Nursing should have a holistic view of man and should not distinguish physical health from the mental. Specialist Nursing students in psychiatric care should gain knowledge about physical illness in patients with schizophrenia, to then be able to inform their relatives, and to personalize nursing measures regarding living habits. Regular lifestyle change interventions should be a routine in the care process from the outset and continue throughout the care chain. Further studies are needed on the relatives' and psychiatric care's views on and values of physical illness in this patient group.

Innehållsförteckning

| | |
|--|-----------|
| Inledning | 1 |
| Bakgrund | 1 |
| Fysisk ohälsa hos personer med schizofreni | 1 |
| Levnadsvanor hos personer med schizofreni | 2 |
| Närstående till personer med schizofreni | 3 |
| Teoretisk referensram..... | 3 |
| Problemformulering | 4 |
| Syfte | 4 |
| Metod | 4 |
| Kontext..... | 4 |
| Design | 4 |
| Urval | 5 |
| Datainsamling..... | 5 |
| Databearbetning | 5 |
| Forskningsetiska överväganden | 6 |
| Resultat | 6 |
| Fysisk hälsa nedprioriterades..... | 6 |
| Patientens behov av motiverande stöd..... | 7 |
| Närståendes begränsade medverkan..... | 7 |
| Diskussion | 8 |
| Metoddiskussion | 8 |
| Resultatdiskussion | 9 |
| Konklusion | 11 |
| Implikation | 11 |

Referenser

Bilagor

- Bilaga A: Informationsbrev
- Bilaga B: Samtyckesförklaring
- Bilaga C: Intervjuguide
- Bilaga D: Dataanalys

Inledning

I Sverige finns 30 000 – 40 000 personer med diagnosen schizofreni (Socialstyrelsen, 2017). Metabolt syndrom är vanligt bland dessa personer och innefattar viktuppgång, försämrade blodfetter, utveckling av diabetes, och därmed en ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar (Mc Daid & Smyth, 2015). Personer med schizofreni har en medellivslängd som i genomsnitt är 15 år kortare för män och 12 år kortare för kvinnor jämfört med övriga befolkningen i Sverige (Crump, Winkleby, Sundquist & Sundquist, 2013). Hälso- och sjukvården har som mål att ge en god vård och förebygga ohälsa på lika villkor för hela befolkningen (SFS 2017:30). Socialstyrelsen (2013) har fastställt vad som är god vård för olika sjukdomsgrupper och kan i en nationell utvärdering konstatera att bättre samverkan och rutiner behöver utformas för hur fysiska sjukdomar bland personer med psykisk ohälsa kan förebyggas, upptäckas och behandlas. Personer med schizofreni har beskrivit att de lättare kan bibehålla hälsosamma levnadsvanor med hjälp av stöd från hälso- och sjukvårdspersonal (Park, Foster & Usher, 2017). Ett gott samarbete mellan sjukvårdspersonal, patient och närstående gynnar återhämtning och minskar stress hos patienten (Ewertzon, Lütznén, Svensson & Andershed, 2010; Gavois, Paulsson & Fridlund, 2006; Jormfeldt, Svensson, Hansson & Svedberg, 2014; Piippo & Aaltonen, 2008). Närstående har en viktig roll då de på ett mer nyanserat sätt kan identifiera när patientens behov av vård inte är tillfredsställt (Jormfeldt, Svensson, Hansson & Svedberg, 2014). Närståendes erfarenheter av levnadsvaneinterventioner är därför betydelsefulla för att få en helhetsbild av den hälsofrämjande omvårdnaden beträffande fysisk hälsa i den här patientgruppen.

Bakgrund

Fysisk ohälsa hos personer med schizofreni

I världen uppskattas det finnas över 21 miljoner människor med schizofreni (WHO, 2018a), och i Sverige drabbas 1500 till 2000 individer varje år av sjukdomen (Socialstyrelsen, 2017). Vanliga symtom är vanföreställningar, hallucinationer, tankestörningar och kognitiva nedsättningar (WHO, 2016).

Personer med allvarlig psykisk sjukdom så som schizofreni har ofta sämre fysisk hälsa jämfört med övriga befolkningen, vilket kan leda till ökad risk för en för tidig död (Crump et al., 2013; Nordentoft et al., 2013; Walker, McGee & Druss, 2015).

Schizofreni är förknippat med hälsoproblem som viktökning och fetma (Manu, Dima, Schulman, Vancampfort, De Hert & Correll, 2015), såväl som ökad risk att utveckla metabolt syndrom (McDaid & Smyth, 2015; Mitchell, Vancampfort, Sweers, Van Winkel, Yu, De Hart, 2013; Papanastasiou, 2013) och därmed även ökad risk för hjärt-kärlsjukdom (Bresee, Majumdar, Patten & Johnson, 2010; Lahti, et al., 2012), vilket i sin tur är den vanligaste dödsorsaken bland personer med schizofreni (Laursen, Munk-Olsen, Agerbo, Gasse & Mortensen, 2009). De har även ökad risk att utveckla diabetes typ 2 (Stubbs, Vancampfort, De Hert, & Mitchell, 2015), vilket i sin tur också kan leda till för tidig död (Suvisaari et al, 2013). Den förhöjda risken för fysisk ohälsa bland

personer med schizofreni är relaterad till ohälsosamma levnadsvanor såsom dålig kost (Malhotra, Kulhara, Chakrabarti, & Grover, 2016; Simonelli-Munoz, Fortea, Salorio, Gallego-Gomez, Sánchez-Bautista & Balanza, 2012), låg fysisk aktivitet (Malhotra et al., 2016; Vertiö et al, 2009), rökning och alkoholkonsumtion (Fusar-Poli, De Marco, Cavallin, Bertorello, Nicolasi & Politi, 2009). Även medicinska biverkningar från psykofarmaka utgör en riskfaktor kopplade till fysisk ohälsa (Choong et al., 2012; Correll, Joffe, Rosen, Sullivan, & Joffe, 2015; Gothefors, et al. 2010; Zhang et al, 2016;) och ökar risken för metabolt syndrom (Bressington, Mui, Tse, Gray, Cheung & Chien, 2016; McDaid et al., 2015).

Personer med allvarlig psykisk sjukdom ges inte tillräcklig vård för att tillfredsställa vårdbehovet gällande fysisk hälsa (De Hert et al., 2011). Det har visat sig att hjärt-kärlsjukdomar bland personer med schizofreni är både underskattade och underbehandlade (Crump et al., 2013; Smith, Langan, McLean, Guthrie, & Mercer, 2013). Vid en sammanställning av olika insatser för patienter med psykosjukdom i Sverige fick endast hälften av patienterna (51%) rådgivning kring fysisk aktivitet (Nationellt kvalitetsregister för psykosjukdomar – PsykosR, 2015). Kostrådgivning gavs till 40% av personer med allvarlig psykisk sjukdom, och drygt 16 % fick rådgivande samtal gällande tobaksbruk. Endast 16 % av patienterna fick kroppslig läkarundersökning (ibid.). Det är angeläget att hälso- och sjukvården fokuserar på den fysiska hälsan för personer med schizofreni och implementerar rutiner för att identifiera riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom (Baller, Ginty, Azrin, Juliano-Bult, & Daumit, 2015), och diabetes typ 2 (Stubbs et al., 2015).

Levnadsvanor hos personer med schizofreni

”Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom eller svaghet” (WHO, 2018b, n.p.). Hälsosamma levnadsvanor förebygger ohälsa och främjar hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2016). Bestämningsfaktorer för hälsa när det gäller levnadsvanor är: matvanor, fysisk aktivitet, övervikt och fetma samt bruk av tobak, alkohol och narkotika (Folkhälsomyndigheten, 2016). Individens levnadsvanor grundas i egna val, men påverkas även av ekonomiska förutsättningar, social miljö, utbildningsnivå och bostadsområde.

Personer med schizofreni har beskrivit flera svårigheter som påverkar förändring av levnadsvanor såsom osäkerhet, oro och rädsla (Lundström, Hedman Ahlström, Jormfeldt, Eriksson & Skärsäter, 2017) och låg självkänsla (Roberts & Bailey, 2011). Kunskap om levnadsvanor och hur de påverkar hälsan kan motivera till levnadsvaneförändringar (Forsberg, Lindqvist, Bjorkman, Sandlund, & Sandman, 2011; Park et al., 2017; Roberts & Bailey, 2013), och brist på motivation kan påverka hälsan negativt (Kristiansen, Juel, Hansen, Hansen, Kilian & Hjorth, 2015; Roberts et al., 2011; Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen & Annemans, 2013). Möjligheten att vara en del av ett socialt sammanhang med sociala interaktioner och stöd i grupp har visat sig vara viktigt för att lättare kunna förändra sina levnadsvanor (Forsberg et al., 2011; Jormfeldt et al., 2012; Kristiansen et al., 2015; Roberts et al.,

2013; Park et al., 2017). Personer med schizofreni har beskrivit att de genom stöd från hälso- och sjukvårdspersonal, lättare kan finna en struktur i det dagliga livet och bibehålla hälsosamma levnadsvanor (Blanner Kristiansen, Juel, Hansen, Hansen, Kilian & Hjorth, 2015; Park et al., 2017). Först när en individ, eller grupp av individer kan urskilja och förverkliga sina ambitioner, få sina behov tillgodosedda, och ha möjlighet att förändra eller hantera yttre förhållanden, kan hälsa i betydelsen fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande vara möjlig (WHO, 1986). Personer med schizofreni vill bli betraktade som en hel människa, och inte endast som en psykiatrisk patient, vilket visar på hur mångfacetterat hälsobegreppet är och vad det är som främjar hälsosamma levnadsvanor hos den enskilda personen (Blomqvist, Sandgren, Carlsson & Jormfeldt, 2018).

Närstående till personer med schizofreni

En närstående avses vara en person som står den andra nära, exempelvis en familjemedlem, men kan även vara en nära vän eller en god man (Socialstyrelsen, 2018). Dagliga rutiner, motiverande livshändelser och stöd från närstående har visat sig vara betydelsefullt för att patienten skulle kunna förbättra sin hälsa genom förändrade levnadsvanor (Blomqvist, Sandgren et al., 2018). Enligt patientlagen ska närstående få möjlighet att delta i vården om det är lämpligt, och om patienten godkänner detta (SFS 2014:821).

Det är påfrestande för den närstående att vara en del av livet kring en person som har allvarlig psykisk sjukdom (Vermeulen, Lauwers, Spruytte, Van Audenhove, Magro, Saunders & Jones, 2015). Det är vanligt att närstående själva drabbas av både psykisk och fysisk ohälsa på grund av den stora börda de ofta känner och har. Omkring hälften av närstående upplever liten förmåga att kunna påverka viktiga beslut i vården. (ibid.). Det är viktigt att närstående till personer med psykisk sjukdom känner sig delaktiga från början i vårdprocessen, och att kontakt med hälso- och sjukvården ska generera i information, vägledning, stöd, och hopp för att familjen i sin tur ska kunna bli en resurs för personer med psykisk sjukdom (Nordby, Kjongsberg & Hummelvoll, 2010). Trots det upplever närstående till personer med psykisk sjukdom att det brister i vården i fråga om känsla av delaktighet, brist på bekräftelse, och dåligt samarbete (Ewertzon et al., 2010). Över 90 % av närstående känner att de behöver mer stöd för att kunna hjälpa personer med allvarlig psykisk sjukdom (Vermeulen et al., 2015).

Teoretisk referensram

Barkers Tidvattenmodell står för ett holistiskt och personcentrerat förhållningssätt beträffande individens beteende, personliga resurser, behov av stöd och återhämtning och individens närstående är inkluderade i det holistiska synsättet (Barker, 2001). Tidvatten-metaforen symboliserar den ständiga förändringen i individens hälsa utifrån hans upplevda erfarenheter och att i omvårdnaden betrakta hälsa som en dynamisk ständigt pågående process utan början och slut, snarare än ett statiskt tillstånd. Sjuksköterskan ska därmed anpassa omvårdnaden efter vad individen har behov av

(Barker, 2001; Barker & Buchanan-Barker, 2005). Tidvattenmodellen uppmuntrar individen att växa och utvecklas, och att kunna ta makten över de personliga, sociala och mellanmännsliga faktorer som påverkar hans hälsa och möjlighet till återhämtning (Barker, 2001; Barker & Buchanan-Barker, 2005). Närstående utgör här ett viktigt stöd i individens återhämtning (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Individens berättelse utgör grunden i omvårdnaden och genom berättelsen ges kunskap om hela människan och hans hälsa, liksom en ökad förståelse för hur individen själv kan förändra sin hälsa (Barker et al., 2011). Sammanfattningsvis kan sjuksköterskan genom Tidvattenmodellen stödja människor att hantera sin hälsa och ohälsa, stödja återhämtningen och förmågan att ta kontroll över sitt liv. Tidvattenmodellen anammar olikheter och mångfald som något grundläggande och självklart (ibid.).

Problemformulering

Många personer med schizofreni drabbas av fysisk ohälsa som övervikt, hjärt-kärlsjukdomar och diabetes, med risk för en för tidig död som följd. Mer kunskap behövs om hur specialistsjuksköterskan kan utveckla omvårdnaden för att främja den fysiska hälsan och understödja levnadsvaneförändringar hos personer med schizofreni. Närstående till personer med schizofreni är en viktig resurs i personens vardag. Kunskap om närståendes erfarenheter av levnadsvaneinterventioner bidrar till ökad förståelse och utgör ett viktigt komplement för att kunna utveckla omvårdnaden.

Syfte

Syftet med intervjustudien var att beskriva närståendes erfarenheter av levnadsvaneinterventioner för personer med schizofreni.

Metod

Kontext

LIV-projektet genomfördes mellan år 2012 och 2017 på öppenvårdsmottagningar i två olika regioner i Sverige och hade till syfte att utvärdera förebyggande insatser med fokus på levnadsvanor inom områdena fysisk aktivitet, matvanor, alkohol och tobak för personer med diagnosen schizofreni (Blomqvist, Sandgren et al, 2018; Blomqvist, Ivarsson, Carlsson, Sandgren & Jormfeldt, 2018; Carlsson, Blomqvist & Jormfeldt, 2017; Lundström et al., 2017). Föreliggande studie gjordes inom LIV-projektet.

Design

Studien genomfördes som en beskrivande kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. En kvalitativ studie är flexibel, utvecklas under processens gång, och olika beslut fattas beroende på vad som kommer fram längs vägen (Polit & Beck, 2014).

Urval

Studiens informanter utgjordes av tio närstående till personer med schizofreni som deltagit i en individanpassad levnadsvaneintervention. De närstående bestod av fem mammor, två fruar, två bröder, och en pappa. Inklusionskriterier var närstående till personer med schizofreni som i samband med deltagande i LIV-projektet givit sitt samtycke till att den närstående fick tillfrågas om att delta i intervjuer. Totalt hade 17 deltagare i LIV-projektet samtyckt till att närstående kunde kontaktas för intervju. Samtliga 17 närstående kontaktades via telefon. Tre av de 17 närstående kunde inte nås, fyra av dem avböjde medverkan, två av dessa på grund av att de själva tyckte att de hade alltför sporadisk kontakt för att kunna bidra med information.

Datansamling

Informanterna kontaktades via telefon. Under telefonsamtalet informerades informanterna om studiens innehåll, och att intervjun skulle komma att spelas in med ljudupptagning. Tid och plats bokades in efter informantens önskemål innan telefonsamtalet avslutades. I samband med intervjun fick informanterna ännu en gång muntlig information om studien, men även skriftlig information i ett informationsbrev (Bilaga A). Efter att informanten tagit emot informationen skrevs en samtyckesförklaring på (Bilaga B). Intervjuerna genomfördes under februari och mars månad 2018 på en plats som informanten själv föredrog, vilket var på sjukhuset (6), biblioteket (2), hemma hos informant (1), och en intervju gjordes via telefon på grund av att hen var bosatt i Mellansverige. Intervjuerna, som spelades in och transkriberades ordagrant, varade mellan 15 och 49 minuter. Författarna utförde fem intervjuer var och till stöd för intervjun användes en intervjuguide med semistrukturerade frågor (Bilaga C) där den övergripande frågan var: *Hur skulle du vilja beskriva den levnadsvaneintervention som din närstående har deltagit i?*

Databearbetning

Kvalitativ innehållsanalys innebär att söka efter mönster i textinnehåll utifrån likheter och skillnader, och som i sin tur beskrivs i kategorier (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017; Graneheim & Lundman, 2004). Analysarbetet utfördes genom att de transkriberade intervjuerna genomlästes flera gånger av båda författarna för att skapa en helhetskänsla för materialet. Därefter identifierades likheter och skillnader i textmaterialet, vilka skrevs ner i meningsenheter, kondenserade meningsenheter och koder, och som sedan formades till underkategorier och kategorier. En meningsenhet innebär ord eller meningar som hör ihop genom sitt sammanhang. Genom att kondensera meningsenheten kortades texten ner samtidigt som kärninnehållet bevarades. Koder skrevs ut genom att sätta etiketter på de kondenserade meningsenheterna och de skulle förstås i relation till textens sammanhang. Kategorierna utgjordes av ett flertal koder med likartat innehåll och svarade på frågan ”vad?” (ibid.).

Följande tre kategorier framkom: *Fysisk hälsa nedprioriterades*, *Patientens behov av motiverande stöd* och *Närståendes begränsade medverkan* (Bilaga D).

Forskningsetiska överväganden

Studien har godkänts av regionala etikkommittén i Lund (Dnr 2012/267).

Föreliggande studie gjordes inom ramen för LIV-projektet och godkännandet i etikprövningen grundades i att genomförandet av studien kunde ske med respekt för människovärdet (2003:460). Ett informationsbrev skickades hem per post eller överlämnades personligen i samband med intervjun (Bilaga A). Skriftligt samtycke (Bilaga B) inhämtades efter att informanterna fått muntlig och skriftlig information om studien enligt Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460). Informanterna fick information om att medverkan är helt frivillig och kan avbrytas när som helst utan konsekvenser, samt att uppgifter som lämnats behandlas konfidentiellt genom integritetsskydd och anonymitet. Personuppgifter och data som berörde informanterna förvarades i ett låst skåp.

Resultat

Närståendes erfarenheter av levnadsvaneinterventioner för personer med schizofreni formerade tre kategorier: *Fysisk hälsa nedprioriterades* då närståendes erfarenheter genomsyrades av att patientens fysiska hälsa inte var det primära. Kategorin *Patientens behov av motiverande stöd* grenade ut sig i vikten av olika former av påstötning, goda relationer och uppföljning. *Närståendes begränsade medverkan* i levnadsvaneinterventioner beskrevs också.

Fysisk hälsa nedprioriterades

Närstående erfor att patientens fysiska hälsa inte kom i första hand, utan att det var den psykiska hälsan som var i fokus. Den fysiska hälsan var inte det som möten och samtal med den psykiatriska vården handlade om. Närstående framförde tydliga erfarenheter av hur stor inverkan som psykofarmaka hade på patientens hälsa och förmåga att genomgå levnadsvaneinterventioner. Psykofarmakas inverkan på patientens fysiska hälsa beskrevs, men även tankar kring hur viktig medicinen var för den psykiska hälsan framkom. Närstående beskrev biverkningar som viktuppgång och somnolens, som en faktor till att patienten hindrades från att ha goda levnadsvanor.

Ja...hade han inte haft så mycket mediciner, så hade han säkert varit piggare och smalare, men då hade han ju varit psykiskt sjuk istället...
(Informant I)

Närstående uttryckte att en levnadsvaneintervention skulle passat bättre vid en annan tidpunkt relaterat till patientens psykiska mående. När patienten mådde psykiskt dåligt fanns inte utrymme för att ta till sig en levnadsvaneintervention. Patienten var inte i

tillräckligt gott psykiskt skick för att kunna fokusera på levnadsvanor och den fysiska hälsan.

*Det är något som hon skulle vara med i nu, om det hade startat nu, nu när hon är som hon är nu. /.../ För att nu tar hon det lite mer på allvar, tror jag. /.../ Jag tror att man ska vara så pass bra, som NN är nu, och man ska va så motiverad att man orkar gå till sitt träningsställe.
(Informant E)*

Patientens behov av motiverande stöd

En god relation med någon som patienten kan bli motiverad av beskrevs som viktigt. Det kunde handla om att patienten hade någon närstående eller personal att kontakta för att få motiverande stöd, exempelvis för att patienten skulle komma iväg på en planerad aktivitet, eller den inplanerade dagliga promenaden.

Det är nånting som dom behöver, ha någon person som dom har förtroende för, att kunna ringa när dom känner att det knyter sig, för då löser man upp det här, och då kommer man iväg. Det märker jag på NN att då kommer han ju iväg som regel...att ha någon som dom verkligen har förtroende för och kan ringa... (Informant J)

Närstående menade att motivation genom påstötning var det som patienterna hade störst behov av. De beskrev att motiverande stöd i stort, och att patienten behövde en ”push” eller en ”startmotor” för att komma igång med exempelvis en aktivitet var betydande. Närstående delgav vikten av att ha någon person i patientens närhet som stimulerar och aktiverar patienten. Även betydelsen av att en personal eller annan person följde med patienten på exempelvis olika aktiviteter beskrevs.

Nä, det skulle kanske va mer stödkompisar. Han har ju en som hänger med honom nu. /.../ Han vill mer om någon hänger med. (Informant I)

Det poängterades att gruppverksamheter kunde öka motivationen genom att patienten får dela med sig av sina erfarenheter och få råd och stöd i levnadsvaneförändringar. Matlagningsprogram var också något som framkom, att tillsammans laga och äta hälsosam mat, och även laga så mycket att patienten kunde ta med hem och förvara i frysen. Det var även angeläget att stödet var återkommande tills dess att det blivit en vana för patienten. Materialet visade på vikten av kontinuerliga uppföljningar av levnadsvaneinterventioner, med utvärdering och planering för framtida insatser.

Närståendes begränsade medverkan

Det framkom att flera närstående inte hade medverkat i någon levnadsvaneintervention.

Nä, inte den biten, inte kost och motion och sånt, såna frågor, det har aldrig varit aktuellt... (Informant G)

Några beskrev att de heller inte haft något behov av att medverka, medan andra närstående hade erfarenhet av att de fick vara delaktiga, och var nöjda med sin medverkan. Det framkom att de som inte medverkade inte heller fick någon information om levnadsvaneinterventioner från den psykiatriska vårdens sida.

Ja, det kan ha berott på mig, att jag inte var delaktig, men jag har inte blivit kallad eller informerad om detta tillräckligt i alla fall, inte tillräckligt för att vara mig i alla fall. (Informant E)

Materialet visade även att närstående inte mindes huruvida de deltagit eller fått någon information om levnadsvaneinterventioner från den psykiatriska vården.

Diskussion

Metoddiskussion

Kvalitativ innehållsanalys som metod var lämplig för att analysera det transkriberade textmaterialet från intervjuerna eftersom både det uppenbara, manifesta, likväl som det underliggande, latenta, innehållet tydligt framträdde i metodens olika steg (Graneheim et al., 2004). Till skillnad från kvantitativa studier så är antalet informanter i kvalitativa studier inte av någon större vikt, det är snarare det faktum att informanterna har erfarenheter i ämnesområdet och de olika variationerna som uppstår i intervjumaterialet som är det väsentliga att analysera (Graneheim et al., 2017).

Den induktiva ansatsen valdes för att kunna dra specifika slutsatser från mer allmänna erfarenheter, vilket Polit och Beck (2014) beskriver. Vid intervjutillfällena och i analysprocessen krävdes att all förförståelse om levnadsvaneinterventioner hos personer med schizofreni relaterat till tidigare forskning lades åt sidan för att kunna genomföra datainsamling och dataanalys med öppet sinne, vilket kan vara utmanande. Informanterna tilläts dela med sig av sina berättelser utifrån varje intervjufråga utan att bli påverkade av alltför många följdfrågor. Intervjufrågorna fick även komma i den ordning som passade vid varje intervjutillfälle. Vid analysprocessen styrktes studiens pålitlighet genom att väga samman två separata tolkningar av intervjumaterialet till en gemensam helhet (Graneheim et al., 2017). Vid analysförfarandet framträdde kategorier i relation till studiens syfte (ibid.).

Författarna var noggranna med att informera om LIV-projektet, studiens syfte och det översiktliga innehållet i intervjufrågorna dels vid den första telefonkontakten med informanterna, och dels vid själva intervjutillfället genom ett informationsbrev. Trots den information som författarna förmedlade fanns svårigheter att hålla informanterna till ämnet, och få svar på frågorna i intervjuguiden. Det var betydelsefullt att ställa samma frågor till samtliga informanter, men efter att ha genomfört alla tio intervjuer kunde det konstateras att intervjumaterialet endast till viss del gav svar på frågorna som

ställdes utifrån intervjuguiden. Allt eftersom intervjuerna genomfördes ökade författarnas kunskap om ämnet, och risk för att intervjuformen ändrade karaktär fanns. Risk fanns därmed att materialet från den första till den sista intervjun kunde variera i innehållets omfattning både i bredd och djup. Även i dataanalysen togs detta i beaktning då tolkningarna av intervjumaterialet kunde förändras över tid, vilket Graneheim et al. (2004) också betonar risken för. Graneheim et al. (2004) förespråkar att informantens bakgrundvariabler som ålder, socioekonomisk bakgrund och utbildning samt den kontext som intervjun genomförs i, ska beaktas. I förestående studie gjordes dock ingen grundlig undersökning om dessa variabler, utan endast den relation som den närstående hade med studiens deltagare bedömdes vara relevant. Graneheim et al. (2004) menar även att materialets överförbarhet, det vill säga i vilken grad det går att applicera på en annan grupp av närstående, är viktig för trovärdigheten.

Resultatdiskussion

Närstående hade en blygsam delaktighet genom medverkan i levnadsvaneinterventioner, trots att Patientlagen beskriver att närstående ska erbjudas delaktighet i vården (SFS 2014:821). Närståendes medverkan i den psykiatriska vården är av stor vikt (Ewertzon et al., 2010; Gavois et al., 2006; Jormfeldt et al., 2014; Piippo et al., 2008). Orsaken till varför det visade sig vara så liten medverkan från närståendes sida i samband med levnadsvaneförändringar kan diskuteras. En aspekt kan vara att närstående helt enkelt inte hade orken att medverka i alla delar i vården (Vermeulen et al., 2015), eller att närstående inte enbart representerar en trygghet för patienten utan också kan vara en källa till konflikter (Blomqvist & Ziegert, 2011). Närstående kan även känna att de exkluderas i vården och är en börda istället för att deras erfarenheter och kompetens ses som en resurs (Angermeyer, Schulze & Dietrich, 2003), vilket kan göra att de avstår från att medverka i vården. Resultatet visade att närstående inte hade fått tillräcklig information om levnadsvaneinterventioner från den psykiatriska vårdens sida, och detta skulle kunna vara en bidragande orsak till varför närstående inte medverkade i levnadsvaneinterventioner.

Barker och Buchanan-Barker, (2005) lyfter fram det holistiska synsättet på individen, inkluderar närstående i helhetssynen, och gör ingen skillnad mellan kropp och själ, men föreliggande studie visade att närstående hade andra erfarenheter. Resultatet vittnade om att patientens fysiska hälsa inte kom i första hand, och att det var den psykiska hälsan som närstående fokuserade på, men tidigare studier har visat att personer med schizofreni har sämre fysisk hälsa än övriga befolkningen, och därmed hög risk för en för tidig död (Crump et al., 2013; Nordentoft et al., 2013; Walker et al., 2015). Närstående erfor att fokus har varit på patientens psykiska hälsa, och därmed kan vikten av patientens behov av en levnadsvaneförändring ha nedvärderats. Det förefaller saknas kunskap om synen på helhetens betydelse. Frågan kvarstår varför den fysiska hälsan nedprioriterades hos patienter med schizofreni både från närståendes och från hälso- och sjukvårdens sida, detta trots att Socialstyrelsen (2017) beskriver vilka insatser som ska erbjudas för att främja fysisk hälsa i patientgruppen. Det är angeläget att

sjuksköterskan ges möjlighet att involvera närstående i omvårdnaden, genom att förmedla information, stöd och hopp. Nordby et al. (2010) beskriver att det är betydelsefullt att närstående görs delaktiga i vårdprocessen redan från början, vilket i sin tur gynnar vårdrelationen. Likväl som patienten ska väntas in för när hen är mottaglig för information och olika förändringar, ska även närståendes behov tas i beaktande. Enligt Tidvattenmodellen (Barker, 2001) ska sjuksköterskan se till varje individs resurser och anpassa omvårdnaden efter individen. Resonemanget kan även appliceras på närstående, exempelvis när och hur sjuksköterskan ska ge information om fysisk hälsa för att få närstående att medverka i levnadsvaneinterventioner.

Vidare i resultatet framkom att närstående lade stor vikt vid psykofarmakas inverkan på patientens fysiska ohälsa. De beskrev biverkningar som viktuppgång och somnolens som ett hinder till att uppnå goda levnadsvanor. Diskussionen om psykofarmakas betydelse återfinns även i Keogh et al (2017) där närstående kunde lägga alltför stor vikt vid läkemedlens effekt, men sakna kunskap om långvarigt bruk och biverkningar. Sjuksköterskan har här en viktig roll i att informera närstående om psykofarmakas effekter, biverkningar, och hur kroppen påverkas, och belysa vikten av levnadsvaneinterventioner. Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening (2014) beskriver att ett av specialistsjuksköterskans ansvarsområden är att se till att patientens liksom närståendes behov av stöd och information tillfredsställs.

En annan del i resultatet handlade om patientens behov av motiverande stöd. Exempel på motiverande stöd var påstötning. Det beskrevs att en god relation med någon som kunde motivera till att komma iväg på exempelvis en aktivitet var betydelsefullt, vilket också Blomqvist, Sandgren et al. (2017) skildrar. Blomqvist, Sandgren et al (2017) menar att avsaknad av stöd från en annan person kunde resultera i att patienten inte deltog i en aktivitet, vilket också styrks av Lundström et al. (2017) som resonerar kring vikten av stöd och uppmuntran från andra vid levnadsvaneförändringar. Det är här betydelsefullt att sjuksköterskan genom ett holistiskt synsätt skapar en god relation med patienten och kan avgöra när patienten behöver stöd att komma igång eller kan vänta in honom eller henne.

Kontinuerliga uppföljningar vid levnadsvaneinterventioner eftersöktes från närstående, vilket bekräftas av Blomqvist, Sandgren et al (2017) som menar att det kontinuerliga stödet inte är tillräckligt för att stödja patientens levnadsvaneförändring.

I resultatet påtalades att gruppverksamheter kunde öka motivationen till levnadsvaneförändringar. Park et al., (2017) beskriver också att gruppdeltagande ses som en positiv erfarenhet bland patienter i en levnadsvaneintervention då det stärker känslan av tillhörighet. Även Barker och Buchanan-Barker, (2005) lyfter fram stöd genom gruppverksamheter som en betydande faktor i ett motiveringsarbete. I gruppverksamheter delar individen sina problem med andra och kan också komma att betrakta sin situation ur nya synvinklar (Barker & Buchanan-Barker, 2005; Barker et al., 2011). Dock skulle det kunna vara så att gruppverksamheter inte passar alla, då det tillhör sjukdomens symtombild att vara avvaktande i sociala sammanhang, och därmed

måste insatsen individanpassas för att patienten ska kunna tillgodose sig levnadsvaneinterventioner i grupp.

Konklusion

Syftet med förevarande intervjustudie var att undersöka närståendes erfarenheter av levnadsvaneinterventioner för personer med schizofreni. Resultatet visade att den fysiska hälsan nedprioriterades, och att fokus istället lades på patientens psykiska status. Närstående var inte speciellt involverade i patienternas levnadsvaneinterventioner. De hade heller inte fått information om levnadsvaneinterventioner från den psykiatriska vårdens sida. Närstående betonade att patienterna skulle behöva mer motiverande stöd, exempelvis genom påstötning, en god relation med annan person, eller gruppverksamhet i samband med levnadsvaneförändringar. Omvårdnaden ska ha ett holistiskt synsätt på människan, och inte särskilja den fysiska och psykiska hälsan.

Implikation

Med vetskap om att närstående inte prioriterar fysisk ohälsa, och inte heller medverkar i levnadsvaneinterventioner, har specialistsjuksköterskan den viktiga uppgiften att informera närstående om de ökade risker gällande fysisk ohälsa som personer med schizofreni har. Det är därmed viktigt att specialistsjuksköterskestudenter inom psykiatrisk vård får djupare kunskap om att fysisk ohälsa kan vara ett stort problem bland patienter med schizofreni, och få lärdom om vilka individanpassade omvårdnadsåtgärder som kan göras. För att få kunskap om varför fysisk hälsa nedprioriterades hos patienter med schizofreni behövs ytterligare studier genomföras om närståendes och den psykiatriska vårdens syn på och värderingar av fysisk ohälsa i denna patientgrupp. Regelbundna levnadsvaneinterventioner skall vara en rutin redan från början i vårdprocessen, och vara fortlöpande genom hela vårdkedjan. Den psykiatriska vården tenderar att vilja vänta in patienten tills hen är mer psykisk stabil. Den fysiska hälsan ses inte som en del av helheten, men fysisk och psykisk hälsa är lika viktiga, då de är sammanlänkade och ständigt påverkar varandra. Patienten måste få hjälp med sina levnadsvanor i tid. Levnadsvaneinterventioner ska implementeras i den psykiatriska vården genom att *så ett frö* redan i början av vårdprocessen för att patienter med schizofreni ska få bättre förutsättningar till ett hälsosammare liv.

Referenser

- Angermeyer, M. C., Schulze., & Dietrich, S. (2003). Courtesy stigma A focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 38(10), 593–602. doi:10.1007/s00127-003-0680-x
- Baller, J. B., Ginty, E. E., Azrin, S. T., Juliano-Bult, D., & Daumit, G. L. (2015). Screening for cardiovascular risk factors in adults with serious mental illness: A review of the evidence. *BMC Psychiatry*, 15, 1–13. doi:10.1186/s12888-015-0416-y
- Barker, P. (2001). The Tidal Model: The lived-experience in person-centred mental health nursing care. *Nursing Philosophy*, 2(3), 213–223. doi:10.1046/j.1466-769X.2000.00062.x
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2005). *The tidal model: a guide for mental health professionals*. London: Routledge.
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2011) Mental health nursing and the politics of recovery: A global reflection. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5), 350–358. doi:10.1016/j.apnu.2011.03.009
- Blanner Kristiansen, C., Juel, A., Hansen, V. M., Hansen, A. M., Kilian, R., & Hjorth, P. (2015). Promoting physical health in severe mental illness: Patient and staff perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132(6), 470–478. doi:10.1111/acps.12520
- Blomqvist, M., & Ziegert, K. (2011). ‘Family in the waiting room’: A Swedish study of nurses' conceptions of family participation in acute psychiatric inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(3). 185–194. doi:10.1111/j.1447-0349.2010.00714.x
- Blomqvist, M., Ivarsson, A., Carlsson, I-M., Sandgren, A., & Jormfeldt, H. (2018). Health risks among people with severe mental illness in psychiatric outpatient settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 0(0), 1-7. doi:10.1080/01612840.2017.1422200
- Blomqvist, M., Sandgren, A., Carlsson, I-M., & Jormfeldt, H. (2018). Enabling healthy living: Experiences of people with severe mental illness in psychiatric outpatient services. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 236-246. doi:10.1111/inm.12313

- Bresee, L. C., Majumdar, S. R., Patten, S. B., & Johnson, J. A. (2010). Prevalence of cardiovascular risk factors and disease in people with schizophrenia: A population-based study. *Schizophrenia Research*, *117*(1), 75–82. doi:10.1016/j.schres.2009.12.016
- Bressington, D., Mui, J., Tse, M. L., Gray, R., Cheung, E. F. C., & Chien, W. T. (2016). Cardiometabolic health, prescribed antipsychotics and health-related quality of life in people with schizophrenia spectrum disorders: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, *16*, 1–14. doi:10.1186/s12888-016-1121-1
- Carlsson, I-M., Blomqvist, M., & Jormfeldt, H. (2017). Ethical and methodological issues in qualitative studies involving people with severe and persistent mental illness such as schizophrenia and other psychotic conditions: a critical review. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *12*, 1-10. doi:10.1080/17482631.2017.1368323
- Choong, E., Bondolfi, G., Etter, M., Jermann, F., Aubry, J-M., Bartolomei, J., ... Eap, C. B. (2012). Psychotropic drug-induced weight gain and other metabolic complications in a Swiss psychiatric population. *Journal of Psychiatric Research*, *46*(4), 540–548. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.01.014
- Correll, C. U., Joffe, B. I., Rosen, L. M., Sullivan, T. B., & Joffe, R. T. (2015). Cardiovascular and cerebrovascular risk factors and events associated with second-generation antipsychotic compared to antidepressant use in a non-elderly adult sample: Results from a claims-based inception cohort study. *World Psychiatry*, *14*(1), 56–63. doi:10.1002/wps.20187
- Crump, C., Winkleby, M.A., Sundquist, K., & Sundquist, J. (2013). Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: A Swedish national cohort study. *The American Journal of Psychiatry*, *170*(3), 324–333. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12050599
- De Hert, M., Correll, C. U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., ... Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, *10*(1), 52–77. doi:10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x
- Ewertzon, M., Lützén, K., Svensson, E. & Andershed, B. (2010). Family members' involvement in psychiatric care: Experiences of the healthcare professionals' approach and feeling of alienation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *17*(5), 422–432. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01539.x
- Folkhälsomyndigheten. 2016. *Folkhälsa i Sverige 2016*. Solna: Folkhälsomyndigheten.

- Forsberg, K.-A., Lindqvist, O., Bjorkman, T. N., Sandlund, M., & Sandman, P.O. (2011). Meanings of participating in a lifestyle programme for persons with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(2), 357–364. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00834.x
- Fusar-Poli, P., De Marco, L., Cavallin, F., Bertorello, A., Nicolasi, M., & Politi, P. (2009). Lifestyles and cardiovascular risk in individuals with functional psychoses. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(2), 87–99. doi:10.1111/j.1744-6163.2009.00202.x
- Gavois, H., Paulsson, G., & Fridlund, B. (2006). Mental health professional support in families with a member suffering from severe mental illness: A grounded theory model. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 20(1), 102–109. doi:10.1111/j.1471-6712.2006.00380.x
- Gothefors, D., Adolfsson, R., Attvall, S., Erlinge, D., Jarbin, H., Lindström, K., ... Ösby, U. (2010). Swedish clinical guidelines – Prevention and management of metabolic risk in patients with severe psychiatric disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(5), 294–302. doi:10.3109/08039488.2010.500397
- Graneheim, U. H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Graneheim, U. H., Lindgren, B-M., & Lundman, B. (2017). Methodological Challenges in qualitative content analysis: a discussion paper. *Nurse education today*. 56, 29–34. doi:10.1016/j.nedt.2017.06.002
- Jormfeldt, H., Rask, M., Brunt, D., Bengtsson, A., & Svedberg, P. (2012). Experiences of a person-centred health education group intervention-A qualitative study among people with a persistent mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(4), 209–216. doi:10.3109/01612840.2011.653041
- Jormfeldt, H., Svensson, B., Hansson, L., & Svedberg, P. (2014). Relatives' experiences of the Boston Psychiatric Rehabilitation approach: A qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9, 1–8. doi:10.3402/qhw.v9.22918
- Keogh, B., Skärsäter, I., Doyle, L., Ellilä, H., Jormfeldt, H., Lahti, M., ... Kilkku, N. (2017). Working with families affected by mental distress: Stakeholders' perceptions of mental health nurses' educational needs. *Issues in Mental Health Nursing* 38(10), 822–828. doi:10.1080/01612840.2017.1341587

- Kristiansen, C. B., Juel, A., Hansen, M. V., Hansen, A. M., Kilian, R., & Hjorth, P. (2015). Promoting physical health in severe mental illness: Patient and staff perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *132*(6), 470–478. doi:10.1111/acps.12520
- Lahti, M., Tiihonen, J., Wildgust, H., Beary, M., Hodgson, R., Kajantie, E., ... Eriksson, J. (2012). Cardiovascular morbidity, mortality and pharmacotherapy in patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, *42*(11), 2275–2285. doi:10.1017/S0033291712000396
- Laursen, T. M., Munk-Olsen, T., Agerbo, E., Gaase, C., & Mortensen, P. B. (2009). Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, *66*(7), 713–720. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.61
- Lundström, S., Hedman Ahlström, B., Jormfeldt, H., Eriksson, H., & Skärsäter, I. (2017). The meaning of the lived experience of lifestyle changes for people with severe mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, *38*(9), 717–725. doi:10.1080/01612840.2017.1330909
- Malhotra, N., Kulhara, P., Chakrabarti, S., & Grover, S. (2016). Lifestyle related factors and impact of metabolic syndrome on quality of life, level of functioning and self-esteem in patients with bipolar disorder and schizophrenia. *Indian Journal of Medical Research*, *143*(4), 434–442. doi:10.4103/0971-5916.184284
- Manu, P., Dima, C., Schulman, M., Vancampfort, D., De Hert, M., & Correll, C.U. (2015). Weight gain and obesity in schizophrenia: Epidemiology, pathobiology and management. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *132*(2), 97–108. doi:10.1111/acps.12445
- McDaid, T. M., & Smyth, S. (2015). Metabolic abnormalities among people diagnosed with schizophrenia: A literature review and implications for mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *22*(3), 157–170. doi:10.1111/jpm.12185
- Mitchell, A. J., Vancampfort, D., Sweers, K., Van Winkel, R., Yu, W., & De Hert, M. (2013). Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders—a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, *39*(2), 306–318. doi:10.1093/schbul/sbr148
- Nationellt kvalitetsregister för psykosjukdomar – PsykosR. (2015) *Årsrapport 2015*. Uppsala: Landstinget i Uppsala län. Hämtad 2018-04-21 från: https://www.psykosr.se/wp-content/uploads/2017/08/arsrapp_psykosr_2015.pdf

Nordby, K., Kjongsberg, K., & Hummelvoll, J. K. (2010). Relatives of persons with recently discovered serious mental illness: In need of support to become resource persons in treatment and recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17*(4), 304–311. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01531.x

Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Ösby, U., Alinaghizadeh, H., ... Munk Laursen, T. (2013). Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *Plos One, 8*(1), 1–11. doi:10.1371/journal.pone.0055176

Papanastasiou, E. (2013). The prevalence and mechanisms of metabolic syndrome in schizophrenia: A review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology, 3*(1), 33–51. doi:10.1177/2045125312464385

Park, T., Foster, K., & Usher, K. (2017). Participants' voices from within a healthy lifestyle group. *Issues in Mental Health Nursing, 38*(2), 107-112. doi:10.1080/01612840.2016.1248255

Piippo, J., & Aaltonen, J. (2008). Mental health and creating safety: The participation of relatives in psychiatric treatment and its significance. *Journal of Clinical Nursing, 18*(14), 2003-2012. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02650.x

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Lippincott: Williams & Wilkins.

Roberts, S. H., & 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), 690–708. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05546.x

Roberts, S. H., & 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), 2514–2524. doi:10.1111/jan.12136

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

- Simonelli- Muñoz, A. J., Fortea, M. I., Salorio, P., Gallego-Gomez, J. I., Sánchez-Bautista, S. & Balanza, S. (2012). Dietary habits of patients with schizophrenia: A selfreported questionnaire survey. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(3), 220–228. doi:10.1111/j.1447-0349.2012.00821.x
- Smith, D. J., Langan, J., McLean, G., Guthrie, B., & Mercer, S. W. (2013). Schizophrenia is associated with excess multiple physical health comorbidities but low levels of recorded cardiovascular disease in primary care: Cross-sectional study. *BMJ Open*, 3(4), doi:10.1136/bmjopen-2013-002808
- Socialstyrelsen. (2013). *Nationell utvärdering – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd - Stöd för styrning och ledning, Remissversion*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2018). *Närståendebegreppet*. Hämtat 2018-05-22 från: <https://www.socialstyrelsen.se/organ-ochvavnadsdonation/donationsutredning/narstaendebegreppet>
- Stubbs, B., Vancampfort, D., De Hert, M., & Mitchell, A. J. (2015). The prevalence and predictors of type two diabetes mellitus in people with schizophrenia: A systematic review and comparative meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132(2), 144–157. doi:10.1111/acps.12439
- Suvisaari, J., Partti, K., Perälä, J., Viertiö, S., Saarni, S., Lönnqvist, J., ... Härkänen, T. (2013). Mortality and its determinants in people with psychotic disorder. *Psychosomatic Medicine*, 75(1), 60–67. doi:10.1097/PSY.0b013e31827ad512
- Svenska Psykiatriska Föreningen [SPF], (2009). *Kliniska riktlinjer - Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom*. Stockholm: Svenska Psykiatriska Föreningen.
- Verhaeghe, N., De Maeseneer, J., Maes, L., Van Heeringen, C., & Annemans, L. (2013). Health promotion in mental health care: Perceptions from patients and mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 22(11-12), 1569–1578. doi:10.1111/jocn.12076
- Vermeulen, B., Lauwers, H., Spruytte, N., Van Audenhove, C., Magro, C, Saunders, J., & Jones, K. (2015). *Experiences of family caregivers for persons with severe mental illness: an international exploration*. Leuven: EUFAMI & LUKAS.

- Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334–341.
doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2502
- WHO. (1986). The Ottawa Charter for health promotion. Hämtad 2018-04-19 från:
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHO. (2016). ICD-10 Version: 2016. Hämtad 2018-04-19 från
<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F20-F29>
- WHO. (2018a). Schizophrenia. Hämtad 2018-04-19 från:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>
- WHO. (2018b). Constitution of WHO: principles. Hämtad 2018-04-19 från:
<http://www.who.int/about/mission/en/>
- Zhang, J-P., Lencz, T., Zhang, R. X., Nitta, M., Maayan, L., John, M., ... Correll, C. U. (2016). Pharmacogenetic Associations of Antipsychotic Drug-Related Weight Gain: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 42(6), 1418–1437. doi:10.1093/schbul/sbw058



Informationsbrev till närstående

Förfrågan om deltagande i studien ”En individanpassad levnadsvaneintervention för personer med schizofreni. En studie med kvasiexperimentell design”.

Bakgrund och syfte

Personer med varaktiga psykiska funktionsnedsättningar har en ökad risk att utveckla övervikt, hjärt- och kärlsjukdomar samt diabetes typ 2. Syftet med studien är att undersöka om stöd i livsstilsfrågor som kostvanor, fysisk aktivitet, alkohol och tobak har effekt på psykisk och fysisk hälsa.

Förfrågan om deltagande

Du är närstående till en person som har kontakt med en psykosmottagning eller en vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning och tidigare har blivit tillfrågad om att delta i en vetenskaplig studie med titeln ”En individanpassad levnadsvaneintervention för personer med schizofreni”. En deltagare i ovanstående vetenskapliga studie har uppgivit er som närstående. Ni tillfrågas därför om att delta i en intervjustudie.

Vad innebär din medverkan?

Du kommer ha möjlighet att delta i en uppföljande intervju.

Dina uppgifter är skyddade

De uppgifter du lämnar skyddas av sekretesslagen. All information som samlas in kommer att behandlas konfidentiellt och resultaten från studien kommer att redovisas så att ingen enskild person kan identifieras. Du har rätt att en gång per år, kostnadsfritt, få information om de personuppgifter som behandlas om dig (registerutdrag enligt 26§ personuppgiftslagen). Om du finner några fel i information om dig har du rätt att få dina personuppgifter rättade. Deltagandet i studien är frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan, utan särskild förklaring.

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna någon av oss:

Kristina Svensson
Specialistsjuksköterskestudent
Högskolan i Halmstad
krisve16@student.hh.se

Johanna Hagström
Specialistsjuksköterskestudent
Högskolan i Halmstad
johhag15@student.hh.se

Handledare:

Henrika Jormfeldt
Docent i omvårdnad
Akademin för Hälsa och välfärd
Högskolan i Halmstad
035-16 77 86
henrika.jormfeldt@hh.se

Samtyckesförklaring

Jag har tagit del av information om undersökningen ”En individanpassad levnadsvaneintervention för personer med schizofreni”.

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller att få några konsekvenser för min närståendes behandling.

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i intervjun

Ort, datum

Underskrift

Telefonnummer

Härmed intygar jag att jag har informerats om studien ”En individanpassad levnadsvaneintervention för personer med schizofreni”.

Ort, datum

Underskrift

Intervjuguide – Närståendes erfarenheter av en levnadsvaneintervention

Kodnummer:

Datum:

Uppföljning efter genomförd intervention

Frågorna är ämnade att underlätta ett öppet samtal om hur du som närstående erfarit en levnadsvaneintervention, och säkra att inga viktiga aspekter av hur du upplevt interventionen förbises.

- 1. Hur skulle du vilja beskriva den levnadsvaneintervention som din närstående har deltagit i?**
- 2. Vilken erfarenhet har du av levnadsvaneinterventioner i psykiatrisk vård sedan tidigare?**
- 3. I vilken grad tycker du att interventionen har bidragit till förändring av levnadsvanor för din närstående?**
På vilket sätt? För lite? Svårigheter?
- 4. I vilken grad tycker du att interventionen har bidragit till bättre hälsa för din närstående?**
På vilket sätt? För lite? Svårigheter?
- 5. Vad i levnadsvaneinterventionen tror Du har varit orsak till förändringen /ingen förändring?**
- 6. Hur skulle du vilja beskriva Dina möjligheter till att vara delaktig i interventionen?**
- 7. Har du fått vara så delaktig som du har önskat?**
- 8. Skulle du ha föredragit att förutsättningarna för din delaktighet hade sett annorlunda ut? I så fall hur då**
Information, påverkansmöjlighet, bli lyssnad på.
- 9. Hur skulle du önska att interventionen varit utformad om du hade fått vara med och utforma den?**
- 10. Vad har varit särskilt positivt med interventionen som Du ser det?**
- 11. Hur tycker du insatserna är nu gällande levnadsvanor?**
- 12. Hur skulle du vilja att insatserna ska se ut?**

Tack för din medverkan!

Dataanalys

| Informant | Meningsenhet | Kondenserad meningsenhet | Kod | Underkategori | Kategori |
|-----------|---|---|--|---------------|---|
| G | "Det viktiga är ju då det psykiska, och följer utav det... man är ju medveten om självsvalt och bulimi och sånt, så det har liksom inte handlat om vilken kost, /paus/ det är ju långt där borta." /.../ "Nä, det var inte det som var det primära..." | Det viktiga är det psykiska. | Det psykiska är det primära | Anpassa i tid | Fysisk hälsa nedprioriterades |
| E | "Så vad de här personerna behöver är en startmotor, och får dom en startmotor till hjälp med det här med kosten, och förändring, då måste någon komma hem /.../ Så det behövs nästan att man tar dom i handen och kör igång, och sen när man har gjort det ett tag, så är hon självgående." | De behöver en startmotor. En som kommer hem. Någon som kör igång, sen är hon självgående. | Startmotor som hjälper till att komma igång. | Påstötning | Patientens behov av motiverande stöd |
| E | "Ja, det kan ha berott på mig, att jag inte var delaktig, men jag har inte blivit kallad eller informerad om detta tillräckligt i alla fall, inte tillräckligt för att vara mig i alla fall". | Jag har inte blivit kallad eller informerad om detta tillräckligt. | Otillräcklig information | Information | Närståendes begränsade medverkan |

Kristina Svensson

Johanna Hagström



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad
Telefon: 035-16 71 00
E-mail: registrator@hh.se
www.hh.se