



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Hälsofrämjande åtgärder för att förebygga viktökning i samband med antipsykotikabehandling

En litteraturstudie

Författare: Erik Wennberg & Mikael Alm

Handledare: Jimmie Kristensson

Kandidatuppsats

Våren 2018

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Hälsofrämjande åtgärder för att förebygga viktökning i samband med antipsykotikabehandling

En litteraturstudie

Författare: Erik Wennberg & Mikael Alm

Handledare: Jimmie Kristensson

Kandidatuppsats

Våren 2018

Abstrakt

Bakgrund: Personer som behandlas med antipsykotika löper stor risk att drabbas av viktökning, med kardiovaskulära sjukdomar som följd. Det finns ett behov av att bedöma effekten av icke-farmakologiska interventioner som avser att förebygga viktökning hos gruppen **Syfte:** Beskriva hälsofrämjande åtgärder som kan vidtas för att förebygga viktökning hos personer som behandlas med antipsykotika. **Metod:** Icke-systematisk litteraturstudie som inkluderar 13 vetenskapliga artiklar som analyserats med integrerad analys. **Resultat:** Sammanlagt urskildes fyra kategorier: utbildning, sociala interaktioner, kosthållning och fysisk aktivitet. Dessa åtgärder utfördes under en längre tidsperiod och var effektiva för att förebygga viktuppgång. **Slutsats:** Sjuksköterskan kan ha en central roll för att skapa förutsättningar för egenvård. Ytterligare forskning behövs för att interventionerna ska kunna överföras till en svensk kontext.

Nyckelord

Antipsykotika, intervention, förebyggande, viktninskning, viktökning

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund.....	2
Perspektiv och utgångspunkter.....	2
Psykossjukdomar.....	3
Viktökning och metabolt syndrom i samband med antipsykotikabehandling	4
Sjuksköterskans roll	6
Syfte.....	8
Metod	8
Urval.....	8
Datainsamling	9
Analys av data	11
Forskningsetiska avvägningar	12
Resultat.....	13
Utbildning	13
Sociala Interaktioner	15
Kosthållning	18
Fysisk aktivitet.....	19
Diskussion.....	20
Diskussion av vald metod	20
Diskussion av framtaget resultat.....	22
Utbildning	22
Sociala interaktioner	23
Kosthållning och fysisk aktivitet	24
Egenvård vid antipsykotisk behandling.....	25
Reproducerbarhet och generaliserbarhet	26
Slutsats och kliniska implikationer	27
Författarnas arbetsfördelning	28
Referenser	29
Bilaga 1 - Artikelmatris	37

Introduktion

Problemområde

Patienter som behandlas med antipsykotika löper hög risk att drabbas av biverkningsrelaterad viktuppgång, vilket i sin tur ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar (Tandon, Nasrallah & Keshavan, 2009). Livslängden för personer som lider av schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd är förkortad med 11 - 20 år (Laursen et al., 2012). Kardiovaskulära sjukdomar till följd av metabola rubbningar som viktökning i samband med antipsykotisk behandling utgör en betydande riskfaktor för förtida död (Bushe, Taylor & Hukka, 2010). Enligt socialstyrelsens riktlinjer (2014) är det viktigt att minimera biverkningarnas omfattning hos patienter som behandlas med antipsykotika. En betydande del i det arbetet inriktas på att reducera viktuppgång och metabola biverkningar för att höja patientens livskvalitet, förbättra den fysiska hälsan samt öka överlevnaden (ibid.). Personer som lider av psykossjukdom har ofta kognitiva funktionsnedsättningar till följd av sjukdomens yttringar (Mattson, 2014), vilket ställer högre krav på att de åtgärder som används för att minska risken för viktökning är anpassade efter gruppens särskilda behov. Dessutom är effekten av tillgänglig farmakologisk behandling för att motverka viktökning och metabola biverkningar, som antipsykotisk medicinering medför, begränsad (ibid.). Det finns forskning som studerat effekten av icke-farmakologiska interventioner för att förebygga viktökning hos personer som behandlas med antipsykotiska läkemedel. Idag finns det dock få litteraturstudier som sammanställer forskning inom detta område (Lowe & Lubos, 2008). De omvårdnadsåtgärder som socialstyrelsen föreslår i sina riktlinjer från 2011 är baserad på forskning som genomförts i den generella populationen och inte uteslutande på personer som behandlas med antipsykotika. Därför är det viktigt med forskning som specifikt studerar effekten av hälsofrämjande icke-farmakologiska interventioner på personer som behandlas med antipsykotika.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Denna uppsats har sin utgångspunkt i en humanistisk människosyn. Detta innebär att människan ses som förnuftig, fri från auktoritet och anses ha ett högt värde. Dessutom är det centralt att alla människor har lika värde. En grundläggande del i detta synsätt är att

människan ska tillåtas ta ansvar över sitt eget liv och klara sig själv i största möjliga mån (Sandman & Kjellström, 2015). Inom omvårdnad innebär detta att hjälpa patienten att finna möjligheter och hinder. För att hitta dessa beståndsdelar används en holistisk syn på människan, där både själva människan och hennes sammanhang belyses (Stolt, 2003). Enligt Stolt (2003) ställer dock ett humanistiskt perspektiv krav på förmåga till ständig anpassning hos vårdpersonalen och kan därmed inte ses som något beständigt tillstånd, utan som en förändringsprocess. Den humanistiska människosynen kan kopplas till hälso- och sjukvårdslagen som beskriver att vården ska bedrivas med respekt utifrån människors lika värde och värdighet (HSL 1982:763). Enligt patientlagen ska patienten vara delaktig i sin vård och ges möjlighet till att delta i utformningen av sin vård samt bedriva egenvård om möjlighet finns (SFS 2014:821). Delaktigheten blir därför en premiss för att hitta patientens möjligheter och svårigheter, som är en förutsättning för att kunna bedriva vård med ett humanistiskt synsätt.

Även om vården ska utgå från patientens önskemål, ska vården baseras på bästa tillgängliga kunskap. Evidensbaserad omvårdnad innebär att vården utförs utifrån bästa tillgängliga forskning och beprövad erfarenhet (Willman et al., 2016). Omvårdnadsåtgärder som helt saknar vetenskaplig grund kan skapa godtycklighet, och ofta vara verkningslösa eller till och med leda till skada, vilket inte är syftet med vård ur ett humanistiskt perspektiv (SSF, 2014). För att kunna utöva evidensbaserad omvårdnad utifrån en holistisk människosyn, behövs det bredd i forskningen. Det betyder att forskningen ska utföras med den metod som lämpar sig bäst för den aktuella forskningsfrågan. Det behövs kvalitativa studier som utifrån ett hermeneutiskt perspektiv undersöker personers upplevelser, men också kvantitativa studier som fokuserar på att finna kausala samband utifrån positivistiska utgångspunkter (Polit & Beck, 2014).

Psykossjukdomar

Psykotisk sjukdom eller psykotisk störning är ett tillstånd som primärt kännetecknas av vanföreställningar, hallucinationer eller desorienterat tänkande (Ottosson, 2015). Dessa tre symtom benämns som nyckelsymtom. Det är nyckelsymtomens karaktär som utgör ett viktigt incitament vid diagnostiken. En vanföreställning i patologisk mening präglas av att den är felaktig, inte korrigerbar och inte delas med någon annan. Patienten saknar sjukdomsinsikt och låter sig inte påverkas av omgivningens försök till tillrättaläggande. Ett psykotiskt tillstånd får inte förväxlas med konfusion eller andra förvirringstillstånd. En psykotisk person

är ofta förankrad i tid, rum och person. En hallucination kännetecknas av en sinnesförmimelse som inte utlösts av en sinnesretning, varav hörselhallucinationer är vanligast. Desorienterat tänkande kan kortfattat beskrivas som olika former av tankestörningar som är nytillkomna men som inte kan klassas som vanföreställningar. Tankestörningar tar sig ofta i uttryck som onormala associationer, oförståeligt tal eller osammanhängande svar (ibid.). Symtom som tillkommer benämns som positiva symtom inom vilka vanföreställningar och hallucinationer faller. Psykossjukdomar kan även medföra negativa symtom vilka indikerar att något saknas eller faller bort. Exempel på negativa symtom är sänkt affektion eller avtrubbning, koncentrationssvårigheter och viljelöshet (Harrison, 2017).

Till de vanligaste psykiska sjukdomarna där de psykotiska symtomen är framträdande räknas schizofreni, schizofreniform störning och schizoaffektiv störning. Om de psykotiska symtomen avtar under loppet av en månad talar man istället om en kortvarig psykotisk störning. Psykotiska symtom som inte går att härleda till någon psykossjukdom kan förekomma vid olika former av hjärnskador, eller där psykosen utlösts av toxiska ämnen som exempelvis droger (Geddes, Price & McKnight, 2012). Indikation för antipsykotisk behandling är psykotiska tillstånd som inte avtar inom en till två veckor (Socialstyrelsen, 2014).

Antipsykotisk medicinering utgör idag den enda farmakologiska behandlingsformen som har effekt på de psykotiska symtomen. Vid insjuknande i psykossjukdom rekommenderar socialstyrelsen (2014) att i första hand atypisk antipsykotika, i form av preparaten Aripiprazol, Olanzapin eller Risperidon, erbjuds. Besvärande biverkningar vid behandling med atypisk antipsykotika är viktuppgång och andra metabola rubbningar (Jarbin, Lindström & Mshghina, 2014). I längden leder biverkningarna till kardiovaskulära sjukdomar som är en av de vanligaste dödsorsakerna hos patientgruppen i Sverige, Finland och Danmark. (Nordentoft et al., 2013). Enligt socialstyrelsen (2014) är kontinuerlig behandling med antipsykotika avgörande för att förhindra akut återinsjuknande samt en förutsättning för rehabilitering och återanpassning i samhället.

Viktökning och metabolt syndrom i samband med antipsykotikabehandling

Metabolt syndrom är en benämning på flertalet riskfaktorer som var för sig ökar risken för att drabbas av sjukdomar i det kardiovaskulära systemet. Tillsammans utgör de en avsevärd risk

för utvecklande av sjukdom (Kaur, 2014). Internationella diabetesförbundet (IDF, 2006) definierar metabolt syndrom utifrån följande kriterier: 1. Bukfetma 2. Minst två av följande: Förhöjda triglycerider, lågt HDL-kolesterol, hypertoni, nedsatt glukosintolerans eller diabetes typ 2.

Antipsykotikabehandling ökar risken för metabolt syndrom och viktuppgång (Lieberman, 2004). De metabola rubbningarna beror på ett samspel av olika fysiologiska förändringar i kroppen som antipsykotika orsakar. Bland annat sker förändringar i balansen mellan histamin och dopamin samt förhöjda leptin och insulinnivåer i kroppen (Coccarello & Moles, 2010). Psykossjuka patienters ofta sederade tillvaro kombinerat med en ohälsosam livsstil inducerar också viktökning (Haupt, 2006).

Krane-Gartiser et al. (2011) undersökte frekvensen av metabolt syndrom hos 170 danska patienter som behandlades med atypisk antipsykotika. Studien påvisade att 48 % av de 170 patienterna uppfyllde internationella diabetesförbundets kriterier för metabolt syndrom. Anmärkningsvärda siffror i resultatet var att 69 % av männen uppvisade högt blodtryck, 81 % av kvinnorna hade för stort midjemått och sammanlagt hade 68 % av de 170 övervikt eller obesitas. Sambandet mellan antipsykotisk medicin och metabola rubbningar inklusive viktuppgång är mycket starkt och väl förankrat i forskning (Lee et al., 2011; Kizilay, Tiryaki & Arslan, 2015; Kagal et al., 2012; Tirupati & Chua, 2007).

Målet i socialstyrelsens riktlinjer (2014) vid antipsykotikabehandling är att begränsa de metabola biverkningarna. Socialstyrelsens riktlinjer innefattar screening för metabola rubbningar och observandum kring tidig viktuppgång i samband med behandlingsstart. Patienten skall i samband med att behandlingen inleds informeras om de metabola biverkningarna som antipsykotisk medicin medför. Vid indikation på kraftig initial viktuppgång eller annan metabol rubbning skall patienten erbjudas individuella hälsosamtal med fokus på levnadsvanor och riskfaktorer, med uppföljning minst en gång per år. Evidensen för insatsernas effekt på patientgruppen är idag begränsad och vilar i huvudsak på forskning utförd på normalbefolkningen. Lowe & Lubos (2008) belyser att det saknas övergripande studier på vilka faktorer i de icke-farmakologiska interventionerna som ger effekt. Dessutom behövs det en mer enhetlig syn på utformandet av interventionsprogram för att förebygga viktökning och andra metabola syndrom hos patienter som behandlas med antipsykotika (ibid.). Mot bakgrund av patientgruppens svåra sjukdomstillstånd behövs därför

ytterligare klargöranden kring vilka hälsofrämjande interventioner som har bäst effekt för att förebygga viktökning och förbättra den kardiovaskulära hälsan.

Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskan har en betydande roll i det hälsofrämjande arbetet genom att uppmuntra till bättre levnadsvanor, tillhandahålla information, undervisa samt identifiera riskfaktorer som kan utgöra problem för individens hälsa (SSF, 2010). Omvårdnaden ska ske med ett hälsofrämjande synsätt, vilket syftar till att skapa välbefinnande oavsett sjukdom och hälsotillstånd. Hälsofrämjande omvårdnad av hög kvalitet förutsätter dock att den uppfyller olika kriterier som kan beskrivas med tre begrepp: struktur, process och resultat. Det krävs struktur, vilket innebär att behörig personal har rätt utbildning samt har tillgång till rätt instrument som har grund i evidensbaserad omvårdnad. Då hälsofrämjande omvårdnad är en process som är humanistisk och personcentrerad, syftar den till en vård där kommunikationen är jämlik och där individen involveras i hur hennes omvårdnad ska utformas. Resultatet av hälsofrämjande omvårdnad är att individen ska vara tillfredsställd med interventionen och att den leder till en förhöjd upplevelse av hälsa (ibid.).

Ekman, Norberg & Swedborg (2014) definierar två begrepp inom hälsofrämjande omvårdnad, nämligen personcentrerad och evidensbaserad omvårdnad. Personcentrerad omvårdnad innebär att vården vilar på ett partnerskap mellan patient och sjuksköterska. Relationen kännetecknas av respekt och förståelse för patientens självkänsla och vilja. Patientens berättelse får en central roll då den kan innehålla viktiga beståndsdelar som kan hjälpa till att identifiera resurser och möjligheter. Patienten ska ges möjlighet till delaktighet i utformandet av sin sjukvård efter önskemål och behov (ibid.). Antipsykotika har en svagare effekt på negativa symtom vilket kan göra att symtom som initiativlöshet och koncentrationssvårigheter kvarstår efter att behandling påbörjats (Leucht et al., 2009). Enligt Erhart, Marder & Carpenter (2006) och Curcic (2017) bör vården utöver korrekt medicinering tillgodose patienten med rätt psykosociala möjligheter för att hantera negativa symtom. Personcentrerad vård kan få patienter som behandlas med antipsykotika att känna sig mer delaktiga samt få bättre kunskap om sin sjukdom och sin behandling (Mattsson, 2014). Därför kan personcentrering ses som en förutsättning vid interventioner då det förutsätter att patienten är delaktig och besitter rätt kunskap. Vid evidensbaserad omvårdnad är vårdbesluten baserade på de bästa tillgängliga vetenskapliga bevisen och det ställer krav på sjuksköterskans förmåga att bedöma forskningens kvalitet. Målet med evidensbaserad omvårdnad är att förbättra vårdens

kvalitet och effektivitet samt att ersätta mindre effektiva metoder med de som är bättre (Willman et al., 2016). Att arbeta utifrån evidensbaserad omvårdnad är därför en förutsättning för att kunna identifiera åtgärder för att förebygga viktökning i samband med medicinering med antipsykotika.

Omvårdnadsteoretikern Dorothea Orem's syn på människan grundar sig på en humanistisk människosyn och överensstämmer med hur vård ska utföras enligt HSL och patientlagen. Enligt hennes teori om egenvård är individen kapabel till att utföra vissa vårdmoment själv, men ibland krävs vägledning för att hjälpa patienten till att överkomma hinder (Orem, 1984).

Orem's omvårdnadsteori består av tre underteorier: egenvård, egenvårdsobalans och omvårdnadssystem. Gemensamt för samtliga är att de framhåller vikten av patientens egenvård, som inbegriper de åtgärder som avser att upprätthålla en god hälsa samt välmående och som människor under livets gång kan utföra självständigt (ibid.). I sin teori identifierar Orem tre former av åtgärder eller behov som är relevanta vid egenvård. Det första är universella behov, vilken inrymmer de mest basala mänskliga behoven såsom att andas eller att äta. Det andra är behov som är en följd av människans mognads- och åldrandeprocess samt av specifika livssituationer. Det tredje är de unika behov som uppkommer i samband med sjukdom, särskilt vid vårdsökande, genomförande av behandling och anpassning till ett nytt livstillstånd på grund av sjukdom (ibid.). Antipsykotikabehandlade patienter som löper risk för viktuppgång passar främst in i den tredje kategorin då de måste anpassa sin livsstil till läkemedelsbehandlingen.

Enligt Orem kan sjuksköterskan hjälpa patienten med att överkomma och kompensera för hälsorelaterade brister genom fem hjälpande metoder: agera för, vägleda, understödja, tillhandahålla en miljö där denne kan vårda sig själv samt att undervisa (Alligood, 2014). De hjälpande metoderna kan beroende på vårdbehovet kombineras och appliceras till tre omvårdnadssystem. Helt kompenserad betyder att individen inte har förmågan att vårda sig själv eller att vara mottaglig för information. Delvis kompenserad innebär att individen får hjälp med de procedurer som denne inte har förmåga att utföra självständigt. Understödjande samt utbildande system berör de individer som behöver instruktioner för att kunna utföra egenvård (Berman, Snyder & Frandsen 2016).

Icke-farmakologiska åtgärder för att motverka viktökning hos antipsykotikabehandlade patienter är inriktade på information och utbildning som förhoppningsvis förväntas leda till livsstilsförändringar. Korrekt implementering av metoderna som del i ett understödande och utbildande system är därför en förutsättning för att patienten ska kunna få en bestående förmåga att utföra egenvård. En egenvård som i förlängningen kan reducera kardiovaskulär ohälsa och förbättra överlevnaden. Genom analys och sammanställning av aktuella studier som undersöker effekten av sjukdomsförebyggande insatser, kan det vetenskapliga underlaget stärkas och i förlängningen minska ohälsan inom patientgruppen.

Syfte

Syftet var att beskriva hälsofrämjande åtgärder som kan vidtas för att förebygga viktökning hos personer som behandlas med antipsykotika.

Metod

Uppsatsen genomfördes som en icke-systematisk litteraturstudie. Avsikten med litteraturstudier är att skapa en översiktlig sammanställning av den senaste forskningen inom ett visst område. Eftersom inte all relevant litteratur sammanställs kan den ses som icke-systematisk. Fördelen med litteraturstudier jämfört med empiriska studier är att de kan lättare besvara mer övergripande frågor gällande kliniska behov. En sammanställning kan tillföra en mer bred översikt och utgöra en informationsgrund till kliniska riktlinjer vid ett visst sjukdomstillstånd (Kristensson, 2014).

Urval

Litteratursökningen genomfördes i databaserna PubMed, CINAHL och PsycINFO. PubMed innehåller främst medicinska vetenskapliga artiklar, medan CINAHL istället har en omvårdnadsvetenskaplig inriktning i sitt artikelsortiment. PsycINFO tillhandahåller artiklar som berör psykologi och beteendevetenskap (Kristensson, 2014). Studier på andra språk än engelska har exkluderats. Inklusionskriterier var att patienterna skulle vara under aktiv behandling med atypisk antipsykotika, patienternas ålder vara mellan 18-75 år och att artikeln är peer reviewed. Därutöver var det ett inklusionskrav att interventionerna hade positiva effekter på patienternas vikt. Alla vetenskapliga artiklar som ingår i studien är publicerade inom en 15 års-period.

Datainsamling

Litteratursökningen utfördes med sökord i fritext och med MeSH-termer enligt följande: Antipsychotic*, Intervention, weight gain, weight management, weight loss, nutrition, diet, lifestyle, exercise, recreation, schizophrenia, mental disorder*. Sökord har sammanförts till block. Sökord och block har sedan kombinerats med booleska operatörer som AND och OR för att skapa en sökning med både god relevansbredd och avsmalning (Tabell 1-3).

Första gallringen gjordes genom att läsa de olika artiklarnas titlar. De titlar som överensstämde med studiens syfte blev relevansbedömda utifrån abstraktet och blev därefter granskade utifrån fulltext för att sedan gallras utefter hur väl de svarar mot syftet. Detta tillvägagångssätt föreslås av Segesten (2012) och Kristensson (2014). Kvalitetsgranskning av de vetenskapliga artiklarna som valts ut skedde med hjälp av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) granskningsmall för randomiserade studier (SBU, 2014). Granskningsmallen bestod av 38 frågor uppdelade över åtta ämnesområden, vilka huvudsakligen behandlade risken för systematiska fel, intressekonflikter samt generaliserbarhet. Utifrån mallen kan kvalitén av artiklar bedömas vara antingen hög, medelhög eller låg. Varje fråga motsvarade ett poäng och gränserna för hög kvalitet sattes på minst 75 % (28-38 poäng) och medelhög mellan 60-75 % (23-28 poäng). Sammanlagt granskades 16 artiklar varav tre exkluderades efter granskning. Studierna föll bort på grund av för få deltagare eller på grund av för stort bortfall.

Tabell 1: Sökstrategi och datainsamling i PubMed

#	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Granskade	Inkluderade i resultatet
#1	Antipsychotic*	63319				
#2	Intervention	70488637				
#3	Weight gain (MeSH) OR Weight management OR Weight loss (MeSH)	261036				
#4	Nutrition OR Diet (MeSH)	767499				
#5	Lifestyle (MeSH)	141992				
#6	Exercise	368888				
#7	#1 AND #2 AND #3 AND #4	147	20	8	7	4
#8	#1 AND #2 AND #3 AND #5	77	15	6	2	2
#9	#1 AND #2 AND #3 AND #6	68	16	9	1	1

Sökdatum: 15-04-2018

Tabell 2: Sökstrategi och datainsamling i CINAHL

#	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Granskade	Inkluderade i resultatet
#1	Antipsychotic*	15122				
#2	Intervention	322710				
#3	Weight Gain (MeSH) OR Weight Management OR Weight loss (MeSH)	56175				
#4	#1 AND #2 AND #3	141	5	2	1	1

Sökdatum: 15-04-2018

Tabell 3: Sökstrategi och datainsamling i PsycINFO

#	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Granskade	Inkluderade i resultatet
#1	Schizophrenia (MeSH) OR Mental disorder* (MeSH)	531171				
#2	Intervention	369108				
#3	Weight loss	14125				
#4	Exercise (MeSH) OR Recreation (MeSH)	96600				
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	143	8	6	5	4

Sökdatum: 15-04-2018

Analys av data

Analys av data har gjorts med integrerad analys, som avser att möjliggöra en sammanställd tematisering av den valda forskningen. Kristensson (2014) beskriver att den integrerade analysmetoden sker i ett antal steg. Under det första steget urskiljs övergripande likheter och skillnader i studierna. I det andra steget utgör dessa likheter och skillnader grunder för etiketter som kategoriserar studierna efter resultat. Slutligen, i det tredje steget, sammanställs resultaten i kategorier som sedan utgör rubriker i resultatdelen där respektive studies resultat passar in.

Initialt lästes enskilt resultatet i de valda vetenskapliga artiklarna. Under genomläsningen nedtecknades övergripande teman samt attribut i resultaten, som kändes relevanta för att kunna uppnå syftet. Tillsammans sammanställdes likheter och skillnader i textform fördelat under flera rubriker som resultaten i de olika studierna passade in under. Eftersom antalet rubriker var många och skillnaderna ibland var försumbara, sammanslogs vissa rubriker för att kunna skapa slutliga huvudkategorier. Exempel på rubriker som sammanslogs var utbildning och information samt fysisk aktivitet och rekreationell aktivitet.

Forskningsetiska avvägningar

Enligt Kristensson (2014) är det inte bara de som genomför empiriska studier som måste förhålla sig forskningsetiskt, utan även de som utför litteraturstudier. Det är därför viktigt att forskning och litteratur granskas så att den uppfyller etiska krav innan den används i litteraturstudien.

Genomläsning av vetenskapliga artiklar har skett med ett reflekterande förhållningssätt, med Nürnbergkoden och Helsingforsdeklarationen och Beauchamps & Childress (2009) fyra principer i åtanke. Nürnbergkoden från 1948 formulerades som en följd av de brott mot mänskligheten som inträffade i samband med andra världskriget. Koden avser att skydda människor från orättvisor och lidande genom att garantera vissa skyddsåtgärder, i synnerhet kravet på informerat samtycke under hela studien (Freyhofer, 2004). Helsingforsdeklarationen betonar vikten av värnandet av individens rättigheter och välmående ska gå före vetenskapens och samhällets intressen (WMA, 2015). Etiska överväganden inom omvårdnadsforskning bör enligt Beauchamps & Childress (2009) ske enligt fyra principer. Autonomiprincipen innebär att deltagaren har rätten till att närsomhelst avstå eller avbryta sitt deltagande i forskningen. Försök till att övertyga eller tvinga deltagare till att göra vissa val bryter mot denna princip. Göra-gott-principen säger att forskningen måste vara avsedd att göra det bästa för patienten, vilket inbegriper att förebygga och lindra skador eller lidande samt stärka deltagarnas hälsa och välbefinnande. Icke-skada-principen medför att forskare måste överväga om deltagare, andra människor eller samhälle kan komma till skada, även om det är till fördel för en enskild person. Rättvisepincipen innebär att samtliga deltagare ska ges samma villkor och rättigheter samt att det som är bra för en deltagare inte nödvändigtvis behöver vara till nytta för någon annan.

Studier där respondenterna och deltagare utgörs av personer som kan vara utsatta eller studier som har ett ändamål att påverka patientens fysiska och psykiska tillstånd ställer höga krav på att dessa har utförts på ett etiskt föredömligt sätt (Kristensson, 2014). Då ämnesområdet för denna uppsats behandlar forskning som berör interventioner på svårt psykiskt sjuka, krävs det ett särskilt hänsynstagande. Ett krav som ställts är på samtliga vetenskapliga artiklar i denna uppsats är att de har godkänts av en etisk kommitté.

Resultat

Sammanlagt har 13 artiklar analyserats, utifrån vilka fyra kategorier har identifierats: utbildning, sociala interaktioner, kosthållning och fysisk aktivitet. Kategorierna har urskilts genom att likheter har identifierats i de interventioner som förekommer i de aktuella artiklarna. Utbildning innebär interventioner där sjukvårdspersonal förmedlar information till patienterna med avsikt att förändra deras beteendemönster. Sociala interaktioner inbegriper de interventioner som skapar kontakt, gemenskap och förståelse med andra patienter och vårdpersonal och som kan vara gynnsamma vid livsstilsförändringar. De artiklar som kategoriserats efter kosthållning omfattar interventioner som ämnar styra patienters kostvanor både genom information och kontrollerat matintag för att uppnå beteendeförändring. Fysisk aktivitet innefattar artiklar som studerat olika aktiviteter som innebär en högre fysisk aktivitetsnivå och dess effekter på patienternas vikt.

Utbildning

Utbildning av patienter kring nutrition, träning och andra livsstilsrelaterade områden kan leda till förändrade livsstilmönster som får positiva följder på kroppsvikten hos antipsykotikabehandlade patienter (Littrell et al., 2003; Jean-Baptiste et al. 2007; Alvarez-Jiménez et al., 2010; Green et al., 2015; Brown, Goetz & Hamera, 2011). De interventioner som berör utbildning av patienter och som utvärderas i studierna grundar sig framförallt på handledarledd undervisning, som bland annat innefattar visuell och muntlig inläring samt färdighetsträning. Den information som förmedlades i de studerade interventionerna var huvudsakligen muntligt framförd (ibid.). I Littrell et al. (2003) skedde även distribuering av skriftlig information i form av informationshäften. Littrell et al. (2003) genomförde en studie som ämnade bedöma effekten av utbildande interventioner på patienter som just påbörjat behandling med atypisk antipsykotika. Sammanlagt deltog 70 personer i studien uppdelade i en interventionsgrupp (n=35) och en kontrollgrupp (n=35). Studien gjordes genom att låta interventionsgruppen delta i utbildande möten en gång i veckan under 16 veckor. Modellen som de utgick ifrån gav undervisning i kost, träning och en mer hälsosam livsstil särskilt anpassad för patienter med diagnostiserad schizofreni. I studien fick deltagarna ta del av ett häfte med lättläst information uppdelat i två delar. Del ett bestod av information om kost och välmående som berör identifiering av hälsoproblem och som kan åtgärdas med förändrad kost, riktlinjer gällande nutrition, realistisk målsättning, upprätthållande av hälsosam livsstil och kostnadsreducerande åtgärder. Del två innehöll avsnitt med information om kroppsvikt,

blodtryck och puls, fysisk träning, träningsprogram och kostnadseffektiv träning. Vid varje möte fick patienterna ta del av ett avsnitt som höglästes och tillsammans med andra deltagare diskuterades i grupp. Innehållet repeterades genom quiz, utbildande lekar och test. Vid kontrollvägning efter fyra månader uppvisade interventionsgruppen en medelviktsökning med ungefär 0,3 kg vilket var en signifikant mindre viktökning än kontrollgruppen som uppvisade en ökning på 4,3 kg. Ökad kunskap ansågs vara den främsta orsaken till den låga viktökningen i interventionsgruppen (ibid.).

Jean-Baptiste et al. (2007) utförde en randomiserad kontrollerad studie där interventionsgruppen (n=8), bestående av patienter med ett BMI över 30 som behandlades med atypisk antipsykotika fick delta i ett möte varje vecka under sammanlagt 16 veckor. Deltagarna fick utbildning i kost och fysisk aktivitet samt individuell bedömning med uppföljning varje vecka. Varje vecka undervisades patienter i nutritionsrelaterade ämnen som till exempel viktreducerande kost, måltidsfrekvens, portionsstorlek och hur en innehållsförteckning läses. Deltagarna fick dessutom undervisning i varaktig beteendeförändring med fokus på motivation, målsättning, och dokumentation. Sammanlagt deltog 18 personer i studien med en kontrollgrupp (n=10) som fick behandling enligt rutin. Resultatet visade på ett signifikant samband mellan intervention och viktförlust. Interventionsgruppen gick ned i snitt 2,9 kg medan kontrollgruppen gick upp 2,6 kg. En kontrollmätning efter sex månader visade på fortsatt viktförlust vilket tyder på att interventionen kan ha långsiktiga positiva effekter på deltagarnas vikt (ibid.).

Alvarez-Jiménez et al. (2010) & Green et al. (2015) kom fram till att interventioner kan ske under längre tid för att uppnå en mer långvarig och bestående effekt. I en randomiserad kontrollerad studie av Alvarez-Jiménez et al. (2010) fick interventionsgruppen (n=28) vid 14 tillfällen under en tremånadersperiod utbildning i kost och träning med fokus på beteendeförändring genom psykoedukation. Samtidigt fick kontrollgruppen (n=33) vård enligt normal rutin. Samtliga deltagare hade påbörjat sin antipsykotikabehandling inom sex veckor. Vid kontrollvägning efter tre månader fanns en signifikant skillnad mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen. Kontrollgruppens medelviktsökning var 6,9 kg medan interventionsgruppen ökade med 4,1 kg. Vid återkontroll efter tolv och 24 månader visades ingen signifikant viktskillnad mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen (ibid.). Green et al. (2015) lade fokus på att patienter som behandlas med antipsykotika ska ges rätt förutsättningar för att förebygga viktökning och bidra till eftersträvansvärd

viktminskning. Green et al. (2015) studerade sammanlagt 200 patienter med ett BMI på minst 27 som tagit atypisk antipsykotika under minst en månad. Eftersom studien var randomiserad och kontrollerad blev deltagarna slumpmässigt indelade i en interventionsgrupp (n=104) och en kontrollgrupp (n=96). Under de sex månader som interventionen varade deltog interventionsgruppen i gruppmöten som varade i två timmar en gång i veckan. Under mötena fick de träffa sjuksköterskor och dietister som undervisade i nutrition och livsstil och som kompletterades med 20 minuters träningsrelaterade instruktioner. Flera olika sorters inlärningsmetoder applicerades för att påverka deltagarnas beteendemönster i form av repetering, visuell och muntlig inläring och färdighetsträning. Patienterna uppmuntrades till att föra dagböcker över sin diet och träning. Efter sex månader uppvisade interventionsgruppen en signifikant minskad medelvikt med 4,4 kg större viktminskning än kontrollgruppen. Vid återkontroll efter ytterligare sex månader fanns ingen signifikant skillnad mellan de två grupperna (ibid.).

Interventionen i en studie av Brown, Goetz & Hamera (2011) bestod av ett kombinerat interventionsprogram. Programmet var utformat för att förebygga viktuppgång eller minska övervikt generellt men applicerades på patienter med atypisk antipsykotikabehandling. Interventionen genomfördes av ett team bestående av en sjuksköterska, en terapeut och en dietist under tolv månader och delades upp i tre sektioner varav den första mer intensiva interventionen varade i tre månader. Under den intensiva perioden träffades deltagarna en gång per vecka under tre timmar, då de fick utbildning i nutritionslära och kosthållning. Deltagarna fick också möjlighet att diskutera individuella mål och förutsättningar för måluppfyllelse. Studien var randomiserad och kontrollerad och innefattade 136 deltagare. Utav de 136 deltagarna fanns 89 kvar efter sex månader, med bortfall i både interventionsgruppen (n=47) och kontrollgruppen (n=42). Efter sex månader hade interventionsgruppen i medeltal minskat i vikt med 2,4 kg medan kontrollgruppen ökat med 0,5 kg. Resultatet var statistiskt signifikant (ibid.).

Sociala Interaktioner

Flera studier visade att den sociala dimensionen i interventionen kan ha en stor betydelse och kan öka den sociala dynamiken mellan deltagarna sinsemellan och med handledaren, vilket i sin tur kan medföra ökad motivation, kunskap och gemenskap som kan gynna en positiv kroppsviktsutveckling (Evans, Newton & Higgins, 2005; Attux et al., 2013; Littrell et al., 2003; Brown, Goetz & Hamera, 2011; Green et al., 2015; Curtis et al., 2016; Kwon et al.,

2006). Denna kategori av interventioner hade mindre fokus på lärarledd undervisning och var mer inriktade på att aktivera deltagarna genom bland annat stimulering med diskussioner och öppen presentation av individuella mål i grupp, men även genom enskilda samtal med utbildad personal.

Evans, Newton & Higgins (2005) syftade i en randomiserad kontrollerad studie på att undersöka ifall gruppdiskussioner i kost, träning och livsstil kan ha effekt på att motverka viktökning. Samtliga 51 deltagare i studien hade behandlats med atypisk antipsykotika i form av Olanzapine under högst tolv veckor. Interventionsgruppen (n=29) fick delta i sex gruppmöten under en tremånadersperiod under vilken gruppen diskuterade hälsorelaterade ämnen. Efter varje möte lades fokus på att deltagarna skulle sätta upp individuella mål. Kontrollgruppen (n=22) fick behandling enligt rutin. Efter tre månader uppvisade kontrollgruppen en statistiskt signifikant medelviktökning på sex kg medan interventionsgruppen hade ökat med två kg. Efter ytterligare tre månader hade kontrollgruppen ökat i medelvikt med tio kg medan interventionsgruppen fortfarande hade en ökning på två kg sedan första invägning (ibid.). Attux et al. (2013) applicerade ett livsstilsprogram, med avsikt att förebygga viktökning hos patienter som behandlas med atypisk antipsykotika. Programmet pågick under tolv veckor med individuella möten varje vecka som varade i en timme. Utöver utbildande diskussioner om kost och träning lades stort fokus på samtal med teman om personlig utveckling, självförtroende och stresshantering. Sammanlagt gjordes studien på 160 personer varav interventionsgruppen bestod av 81 personer. Studien visade efter tre månader på ingen signifikant viktninskning hos interventionsgruppen då interventionsgruppen minskade i medelvikt med 0,47 kg medan kontrollgruppen gick upp 0,46 kg (ibid.). Efter sex månader var dock skillnaden signifikant då interventionsgruppen hade gått ned 1,1 kg medan kontrollgruppens vikt var oförändrad.

Littrell et al. (2003) lade stor vikt vid aktivt deltagande och socialt samspel mellan deltagarna. Genom högläsning, diskussioner och problemlösning i varierande gruppstorlekar kan en ömsesidig läroprocess uppstå som inducerar lärande, motivation och självförtroende. Green et al. (2015) möjliggjorde för patienterna att träffas och ses efter den sex månader långa initiala utbildningsfokuserade interventionen. Under dessa träffar kunde interventionsdeltagarna diskutera strategier för att förlora vikt samt motivera och stödja varandra. Kvalitativa intervjuer med ett antal deltagare visade att den främsta anledningen till att mötena uppskattades var på grund av det kamratskap som kunde uppstå eftersom de delade samma

problem och strävan. Även om interventionsgruppen fortsatte att gå ned i vikt fanns inget signifikant samband mellan intervention och viktminskning (ibid.). Sociala interventioner kan genomföras efter att huvudfasen i interventionen är slutförd för att kunna understödja och upprätthålla den sociala gemenskapen inom interventionsgruppen. I den andra fasen av studien vilken varade i tre månader lät Brown, Goetz & Hamera (2011) patienterna delta i understödjande aktiviteter. Under denna andra fas skedde ingen utbildning och inga kostrelaterade eller fysiska aktiviteter, utan deltagarna fick möjlighet att träffas en gång per månad under tre timmar, samt fick motta stödjande samtal per telefon. Slutligen bestod studien av en sex månaders stödfas, under vilken deltagarna kunde kontakta handledarna vid behov.

Studier visade att motiverande samtal (MI) och kognitiv beteendeterapi (KBT) kan ha påverkan för att minska risken för viktökning hos patienter som behandlas med antipsykotika. Studierna lade fokus vid den sociala interaktion som uppstår i samband med MI och KBT (Curtis et al., 2016; Kwon et al., 2006). Curtis et al. (2016) utvärderade effekten av en kombinerad intervention för att förhindra antipsykotikainducerad viktuppgång i samband med behandlingsstart. Interventionen gavs under tolv veckor och kombinerade MI med sjuksköterska samt coachning av två yngre personer som tidigare genomgått behandling med antipsykotika. De motiverande samtalen syftade till att skapa motivation, minska risken för bortfall och hjälpa deltagarna till att sätta upp konkreta mål utifrån individuella förutsättningar. Samtalen kompletterades med kostrådgivning med dietist en gång per vecka och individualiserade träningsprogram med fysioterapeut. Slutresultatet baserades på 28 deltagare uppdelade i en interventionsgrupp (n=16) och en kontrollgrupp (n=12). Alla deltagare hade inlett antipsykotisk behandling inom fyra veckor före studiens start. Data samlades in vid baseline och vid studiens slut efter tolv veckor. Resultatet var statistiskt signifikant. Medelvikten i interventionsgruppen ökade med 1,8 kg medan kontrollgruppens medelvikt ökade med 7,8 kg under interventionens tolv veckor (ibid.). Kwon et al. (2006) tillämpade KBT i sin studie och hade ett avgränsat fokus på individuella samtal och diskussioner med patienterna om nutrition och träning. Interventionsgruppen (n=33) bestående av antipsykotikabehandlade patienter fick föra dagbok över träning, måltider och tankar om livsstilsförändringar som sedan diskuterades med handledaren under samtalen. Studien varade tolv veckor med ett möte varje vecka under fyra veckor och ett möte varannan vecka därefter. Kontrollgruppen (n=15) fick antipsykotikabehandling enligt ordination. Efter

tolv veckor fanns det signifikanta skillnader mellan grupperna. Interventionsgruppen minskade i medelvikt med 3,94 kg och kontrollgruppen med 1,48 kg (ibid.).

Kosthållning

Flera studier visade att interventioner som berör patienternas kosthållning kan främja god nutrition och sänka kaloriintaget, vilket kan möjliggöra viktminskning eller förebygga viktökning (Wu et al., 2007; Melamed et al., 2008; Brown, Goetz & Hamera, 2011).

Interventioner som möjliggör för patienterna att äta nyttigare mat i en mer kontrollerad miljö har visat sig ha en positiv effekt på att förebygga viktökning (Wu et al. 2007; Melamed et al., 2008). Wu et al. (2007) lät en interventionsgrupp (n=28) med ett BMI över 30 vid interventionens start ta del av en kalorianpassad kost under sex månader. Kvinnornas kost hade ett energiinnehåll som låg mellan 1300-1600 kcal och männens låg mellan 1600-1800 kcal. Kontrollgruppen (n=27) fick den vård som brukar ges till patientgruppen. Samtliga av studiens 53 deltagare behandlades med atypisk antipsykotika i form av Clozapine och spenderade delar av dygnet på sjukhus. Interventionsgruppen uppvisade en signifikant viktminskning jämfört med kontrollgruppen. Vid kontroll efter sex månader hade kontrollgruppen ökat i medelvikt med 1 kg medan interventionsgruppen uppvisade en viktminskning på 4,2 kg (ibid.).

I en studie av Melamed et al. (2008) ingick 59 patienter i studien varav samtliga var inskrivna på psykiatrisk avdelning och behandlades med atypisk antipsykotika. Interventionsgruppen (n=28) fick undervisning om kostnäring och målsättning. Under måltiderna fick patienterna möjlighet att välja nyttigare och mer kalorinsnåla alternativ och handledare i form av en nutritionsutbildad sjuksköterska var närvarande under varje måltid för att genom att samtala med patienterna ge instruktioner i att äta nyttigare. Patienternas anhöriga avråddes från att ha med sig sötsaker till patienterna. Kontrollgruppen (n=31) återfanns på avdelningar som inte deltog i studien och fick fortsatt vanlig behandling. Efter tre månader var viktminskningen signifikant i förhållande till kontrollgruppen. Studien redogör inte för viktförlusten i kilogram, men interventionsgruppen sänkte sitt medel-BMI med 2,8 enheter medan kontrollgruppen sjönk med 0,2 enheter (ibid.).

I kombinationsstudien av Brown, Goetz & Hamera (2011) fick deltagarna inta en måltid tillsammans en gång per vecka under den aktiva fasen på tre månader. Deltagarna gavs också

två måltidsersättningar per dag att ta med sig hem. De fick själva ombesörja frukost och mellanmål. Deltagarna uppmuntrades även att minska sitt kaloriintag med 500 kcal/dag.

Fysisk aktivitet

Interventioner som möjliggör för patienter att delta i träningspass eller mer fysiskt krävande aktiviteter kan ha en positiv effekt på patienters viktutveckling (Poulin et al., 2007; Voruganti et al., 2006; Brown, Goetz & Hamera 2011). I en studie av Poulin et al. (2007) deltog sammanlagt 110 patienter med pågående behandling med atypisk antipsykotika. Studiens syfte var att bedöma hur ett långvarigt träningsprogram kan förebygga viktökning hos patientgruppen. Interventionsgruppen (n=59) uppdelades i små grupper som under en period om 18 månader fick delta i 60 minuters träningspass två gånger i veckan med varierande träningsformer. Kontrollgruppen (n=51) fick normal behandling enligt rutin. Efter 18 månader hade interventionsgruppens medelvikt minskat med 3,1 kg medan kontrollgruppens medelvikt hade ökat med 3,6 kg. Skillnaden var 6,7 kg. Sambandet mellan interventionen och minskad kroppsvikt var signifikant. I studien av Brown Goetz & Hamera (2011) ingick moment av fysisk aktivitet som en del av kombinationsprogrammet. Under de veckovisa mötena de tre första månaderna fick deltagarna delta i fysisk aktivitet samt uppmuntrades att vara fysiskt aktiva 30 min om dagen.

Regelbundna rekreationella gruppaktiviteter kan förhindra oönskad viktökning och kan leda till viktminskning, vilket kan tyda på att patienter inte nödvändigtvis behöver delta i strikta träningsprogram för att uppnå en fördelaktig viktförändring. Voruganti et al. (2006) genomförde en sjuksköterskeledd studie där interventionsgruppen, som bestod av antipsykotikabehandlade schizofrenipatienter (n=23), fick delta i 16 rekreationella aktiviteter fördelade under åtta månader. Aktiviteterna utgjordes av låg till medelintensiva aktiviteter som till exempel picknic, vandring, klättring, skidåkning och fiske. Kontrollgruppen (n=31) bestod av patienter som fick normal behandling i form av aktiviteter varje månad, som till exempel picknic, danskvällar och julfest. Vid kontroll efter tolv månader framkom att det fanns en signifikant viktminskning där interventionsgruppen hade i snitt gått ned 5,4 kg medan kontrollgruppen uppvisade en viktökning på ungefär fyra kg (ibid.).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Denna uppsats genomfördes som en icke-systematisk litteraturstudie vilket betyder att den enligt Kristensson (2014) är en sammanställning av forskning som berör ett begränsat område. Samtliga studier i uppsatsen hade kvantitativa metodansatser, vilket var lämpligt då syftet var att beskriva effekten av hälsofrämjande interventioner på kroppsvikten. Enligt Polit & Beck (2014) är kvantitativ metod lämplig när forskaren syftar till att införa en intervention och testa dess effekt genom att göra jämförelser mellan olika grupper.

För att bredda sökresultaten gjordes sökningar efter vetenskapliga artiklar i databaserna Pubmed, CINAHL och PsycINFO. Alla artiklar var peer reviewed och godkända av en etisk nämnd. De initiala sökningarna gjordes utifrån syftet och inkluderade både fritext- och indexord. Dessa sökningar var dock för känsliga och gav för många träffar. De slutliga sökningarna bestod av fritext och MeSH-termer som sammanfördes med trunkeringar och booleska operatörer vilket gav betydligt mer relevanta sökresultat. Enligt Kristensson (2014) kan indexord som MeSH-termer göra sökningen mer specifik medan fritextord och booleska operatörer ökar sökningens känslighet vilket genererar fler artiklar. Sökstrategin blev på detta sätt påtagligt förbättrad då den slutliga sökningen både kunde fånga studieområdets snävhet, men ändå ge bredd åt sökningen.

Eftersom denna uppsats främst var inriktad på sjuksköterskans omvårdnadsarbete valdes inledningsvis att inkludera sökordet *nurs** i sökningen. Dock exkluderades många artiklar som kunde vara relevanta ur ett omvårdnadsperspektiv vid användande av denna sökterm och därför uteslöts den från sökningarna. Vid sökning i PsycINFO användes söktermerna *schizophrenia* och *mental disorder** istället för *Antipsychotic** eftersom i vissa studier var samtliga inom dessa kategorier behandlade med atypisk antipsykotika. Tillvägagångssättet var dock tidskrävande och hade varit svårt att genomföra i samtliga sökningar, men vid begränsning till databasen PsycInfo och söktermerna *exercise* och *recreation* blev resultatet hanterbart. Den äldsta artikeln som ingår i studien publicerades 2003 och samtliga studier inom detta 15-årsintervall kan anses vara relevanta. Atypisk antipsykotika slog igenom under mitten av 1990-talet, men vid 2000-talets början framkom det att preparaten hade en begränsad effekt på negativa symtom och dessutom orsakade viktökning. I samband med större kunskap om biverkningarna, ökade även intresset för att motverka dessa (Remington,

2016). Det valda 15-årsintervallet fångade den forskning som därefter bedrivits och gav oss den kvantitet av vetenskapliga artiklar som behövs för att utföra litteraturstudien.

Välde signerade studier som undersöker kausala samband mellan intervention och effekt har ett högt värde för evidensbaserad omvårdnad eftersom resultatet kan påvisa kausala samband och på så vis inte bero på slumpen. Det leder i sin tur till valida resultat som kan överföras till praktik (Polit & Beck, 2014). För att kunna kvalitetsgranska valda artiklar användes SBU:s granskningsmall för randomiserade studier (SBU, 2014). En utmaning i granskningen var att inga studier var blindade. Dock är det i praktiken svårt att blinda den här typen av interventioner eftersom de förutsätter att deltagarna vet att de medverkar i en intervention och eftersom de fokuserar på individens livsstil (SBU, 2017). Alla studier förutom två var randomiserade kontrollerade studier. Att en studie är randomiserad och kontrollerad innebär att deltagarna slumpmässigt hamnar i de olika studiegrupperna (SBU, 2017). Polit & Beck (2014) påtalar att randomiserad och kontrollerad studiedesign är lämplig när målet är att dra slutsatser gällande interventioners effekt. Studierna av Melamed et al. (2008) & Voruganti et al. (2006) var genomförda med kvasiexperimentell design, vilket innebär att de saknar randomisering av deltagarna (Polit & Beck, 2014). I Melamed et al. (2008) randomiserades snarare olika vårdavdelningar istället för studiens deltagare och i Voruganti et al. (2006) utgjordes deltagarna av frivilliga som ville delta i interventionen. Båda studierna hade en kontrollgrupp. Att det saknas randomisering av försökspersonerna innebär att det inte kan uteslutas att skillnaderna mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen kan vara beroende av andra faktorer än interventionerna (SBU, 2017). Studierna av Melamed et al. (2008) och Voruganti et al. (2006) var av medelhög kvalitet. Samtliga tio resterande studier bedömdes vara av hög kvalitet. Kvalitativ data användes i mycket begränsad omfattning i de undersökta studierna. Endast i studien av Green et al. (2015) refereras till kvalitativ data. Kvalitativa studier utgår ofta från ett hermeneutiskt perspektiv där individens erfarenheter och livsåskådning är det som vill studeras (Polit & Beck, 2014). Kvalitativ data hade därför inte passat uppsatsens syfte, men i andra studier hade det kunnat ge perspektiv på deltagarnas upplevelser av interventionerna. De inkluderade studierna genomfördes i länder som USA, Brasilien, Australien, Kanada, Israel, Spanien, Taiwan och Sydkorea. Inga kulturella aspekter beskrevs i artiklarna förutom Attux (2013) som betonade familjens betydelse för antipsykotikabehandlade patienter i Brasilien. Eftersom det kan förekomma skillnader i ländernas sjukvårdssystem kan interventionernas applicerbarhet inom svenskt kontext vara begränsad eller kräva viss modifikation.

Diskussion av framtaget resultat

Syftet var att beskriva hälsofrämjande åtgärder som sjuksköterskan kan vidta för att förebygga viktökning hos patienter som behandlas med antipsykotika. Resultatet visade att utbildning, sociala interaktioner, kosthållning och fysisk aktivitet kunde förebygga viktökning.

Utbildning

Flera studier visade att interventioner i form av utbildning inom livsstilsrelaterade ämnesområden kan motverka viktökning hos personer som behandlas med antipsykotika (Littrell et al., 2003; Jean-Baptiste et al., 2007; Alvarez-Jiménez et al., 2010; Green et al., 2015; Brown, Goetz & Hamera, 2011). Sjuksköterskan har en viktig roll i hälsofrämjande arbete genom att uppmuntra till bättre levnadsvanor, tillhandahålla information och undervisa, allt för att öka personens möjlighet till en hälsosam livsstil (SSF, 2010). Enligt socialstyrelsen (2014) ska patienten ges information om metabola biverkningar som antipsykotisk behandling kan medföra. Samtliga studier där utbildning utgjorde huvudinterventionen tillämpade handledarledd undervisning med lektioner fördelade under flera veckor och undervisningen hade fokus på aktivt deltagande. Enligt Ottosson (2015) saknar patienter med psykossjukdomar ofta sjukdomsinsikt och omgivningens försök till tillrättaläggande kan ha liten påverkan. Därför är det viktigt att utbildningen sker över en längre period vilket tillåter medicineringen att verka, eftersom en fungerande antipsykotisk behandling är en förutsättning för att patienterna ska kunna vara mottagliga för utbildande interventioner (ibid.). Socialstyrelsens riktlinjer (2014) rekommenderar att patienter ska ges information om medicineringens biverkningar vid behandlingsstart. Resultatet i denna uppsats visar dock att det kan behövas kontinuerliga insatser under längre tid för att dessa ska kunna få en varaktig effekt (Alvarez-Jiménez et al. 2010; Green et al., 2015). Att enbart ge patienten information om metabola biverkningar vid behandlingsstart är förmodligen verkningslöst. Vissa utbildningsinsatser som beskrivs i resultatet hade som avsikt att göra patienterna aktiva i undervisningen genom olika pedagogiska tekniker såsom högläsning, visuell inläring och lekar (Littrell et al., 2003; Green et al. (2015). Patienter som behandlas med antipsykotika lider ofta av initiativlöshet och koncentrationssvårigheter (Mattsson, 2014). Konservativ förhållning till undervisning och informationsdistribuering utan aktivt deltagande av patienten kan antas ha en mycket begränsad effekt på att förhindra långsiktig viktökning. För att den typen av utbildningsprogram som beskrivs i de inkluderade studierna (Littrell et al., 2003; Jean-Baptiste et al., 2007; Alvarez-Jiménez et al., 2010; Green et al., 2015; Brown, Goetz & Hamera, 2011) ska kunna utföras och implementeras krävs antagligen att sjuksköterskan får

pedagogisk utbildning och rätt förutsättningar för att kunna ge patienten möjlighet till aktiv inläring. Vid utformning och utförande av ett sådant utbildningsprogram kan det även vara viktigt att interventionen ges vid rätt tidpunkt under medicineringen, och att den sträcker sig under en längre period för att ge utrymme till uppföljning. I en svensk kontext skulle det dock krävas pilotstudier för att kunna uppnå optimal anpassning av utbildningsprogram utifrån svenska förhållanden.

Sociala interaktioner

I resultatet framkom det också att sociala interaktioner kan ha en stor betydelse för att motverka viktökning (Evans, Newton & Higgins, 2005; Attux et al., 2013; Littrell et al., 2003; Green et al., 2015; Brown, Goetz & Hamera, 2011; Curtis et al., 2016; Kwon et al., 2006). Sociala interaktioner kunde ske mellan deltagarna sinsemellan och med handledaren (Evans, Newton & Higgins, 2005; Littrell et al., 2003; Green et al., 2015; Brown, Goetz & Hamera, 2011). Andra interaktioner skedde enskilt mellan patient och utbildad personal genom till exempel motiverande samtal (MI) (Attux et al., 2013; Curtis et al., 2016; Kwon et al., 2006). Sociala interaktioner i grupp gav deltagarna möjlighet att umgås med personer som befann sig i en liknande situation och diskutera målsättningar samt ge feedback. Att befinna sig i en grupp kan vara mycket värdefullt och en väl fungerande gruppdynamik kan leda till att problem kan lösas snabbare, både på gruppnivå och individnivå. Gruppen måste dock uppnå en mognad, vilket förutsätter att den genomgått en mognadsprocess som skapat tillförlit och sammanhållning (Berman, Snyder & Frandsen, 2016). I de inkluderade studierna skedde interventionerna över en längre tid, vilket kan ha gjort det möjligt att öka gemenskapen mellan deltagarna och att återkoppling mellan mötena kunde ske, vilket bland annat beskrivs av Green et al. (2015). Sjuksköterskan kan i rollen som moderator i gruppen styra samtalen mot en struktur som berör relevanta ämnesområden och kan samtidigt dela med sig av sin kunskap när det behövs (Berman, Snyder & Frandsen, 2016). Personer med psykotisk sjukdom är ofta en socialt utsatt grupp med ett mycket begränsat socialt nätverk och psykossjukdom kännetecknas också ofta av tillbakadragenhet och isolering (Ottosson, 2005). Gruppdynamiken som beskrivs i (Littrell et al., 2003; Green et al., 2015; Brown, Goetz & Hamera, 2011) kan antas möjliggöra sociala interaktioner vilket kan medföra att patienterna lättare tog till sig information, fann motivation och gemenskap som kunde leda till livsstilsförändringar, vilka i sin tur resulterade i en önskad vikthållning. Kvalitativa studier som undersöker patienternas upplevelser av gruppdynamiken kan öka förståelsen för de sociala interaktionernas betydelse för patienterna.

MI och KBT är i grunden terapeutiska modeller och som förutsätter en terapeutisk allians, vilket bland annat innefattar social interaktion mellan person och terapeut (Bordin, 1979). Stolt (2003) menar att inom en humanistisk vård ska vårdaren hjälpa patienten till att finna sina möjligheter, men även att kunna konkretisera sina hinder, för att i längden kunna överkomma sina problem. I studien Kwon et al. (2006) användes KBT som metod för att öka patienternas möjlighet till livsstilsförändring. KBT är ett verktyg för att hjälpa patienterna att analysera och få insikt om vad som ligger bakom deras problemskapande beteenden. Målet är att bryta gamla invanda beteenden till förmån för mer eftersträfvansvärda beteenden. Samtalen sker kollaborativt mellan handledare och patient och patienten anses vara expert på sig själv (Geddes, Price & McKnight, 2012). Curtis et al. (2015) applicerade MI i studien som utfördes av sjuksköterskor. Inledningsvis kan patienterna vara ovilliga till att engagera sig i beteendeförändrande terapier. MI kan utgöra första steget till att finna motivation innan KBT behandling påbörjas. KBT kan ge struktur till samtalen och kan adressera de egentliga problemen, vilket är relevant för antipsykotikabehandlade patienter då de behöver struktur på grund av deras komplicerade livssituation. Då sjuksköterskan spelar en stor roll inom omvårdnadsarbetet och har god möjlighet att interagera med patienten kan MI vara ett verktyg som sjuksköterskan kan använda för att skapa förutsättningar för att använda beteendeförändringsmetoder som KBT. Även om KBT inte utfördes av sjuksköterskor i Kwon et al. (2006) är KBT något som skulle kunna användas av en sjuksköterska med utbildning inom detta.

Kosthållning och fysisk aktivitet

I Wu et al. (2007) och Melamed et al. (2008) skedde kostrelaterade interventioner med patienter inskrivna i slutenvård och som spenderade delar av dagen på psykiatrisk avdelning. Studiernas inramning gjorde att de kunde kontrollera patienternas kostintag i hög grad, vilket gav mycket positiva resultat på patienternas vikt. Förändrade kostvanor kan vara en lösning för att motverka de antipsykotikarelaterade metabola rubbningar som beskrivs av Lieberman (2004). Sverige har ett vårdssystem med målsättningen att människor med psykisk sjukdom ska integreras i samhället i största möjliga mån och att begränsa vårddagarna inom slutenvård (Socialstyrelsen, 2012). Den typ av interventioner som föreslås av Wu et al. (2007) och Melamed et al. (2008) kan därför vara svåra att överföra till en svensk öppenvårdskontext. Istället förespråkas en psykiatrisk öppenvård alternativt dagsjukvård inom den svenska psykiatrin (SBU, 2012). Dagsjukvård kan erbjuda aktiviteter som matlagning, social träning

och motion (Lindell, 2003). För att kunna uppnå en större kontroll av patienternas kosthållning skulle dagsjukvård kunna utgöra ett bra alternativ där patienterna förutom att få nyttigare mat även får möjlighet att lära sig laga mat och delta i sociala interaktioner.

Atypisk antipsykotika har en mycket begränsad påverkan på negativa symtom som initiativlöshet och koncentrationssvårigheter, vilket gör det svårare för patienter att påbörja samt upprätthålla aktiviteter (Leucht et al., 2009). Icke-farmakologiska åtgärder kan utgöra en lösning för att minska omfattningen av de negativa symtomen (Erhart, Marder & Carpenter, 2006). Två studier hade fokus på interventioner baserade kring fysisk aktivitet, varav Poulin et al. (2007) var träningsinriktad medan Vorunganti et al. (2006) var inriktad på rekreationella aktiviteter. Båda studierna uppvisade goda resultat för att förebygga viktökning. Utöver viktminskning kan fysisk aktivitet motverka negativa symtom, som initiativlöshet och koncentrationssvårigheter, vilket kan ses som en förutsättning för att ge patienten en mer hälsosam livsstil (Curcic, 2017). Sjuksköterskan kan således utgöra en viktig del för att utföra eller styra patienter mot interventioner som gynnar fysisk aktivitet.

Egenvård vid antipsykotisk behandling

Utbildning, sociala interaktioner, kosthållning och fysisk aktivitet syftar alla till att stärka personens förmåga till att utöva egenvård. Dorothea Orem (1984) menar att egenvård är åtgärder som avser att upprätthålla en god hälsa samt välmående och som människor under livets gång kan utföra självständigt (Orem, 1984). Sjuksköterskan och övrig vårdpersonal ska ha stödjande roller och utbilda patienten till självständighet eller hjälpa till med moment som inte kan utföras av patienten själv (Alligood, 2014). Utifrån Orems perspektiv tillhör de personer som ingick i studierna det som hon benämner för den tredje behovskategorin, det vill säga patienter som behöver hjälp med att anpassa sig till ett nytt livstillstånd på grund av sjukdom eller behandling (Orem 1984).

Grundtanken med interventionerna var att patienterna under en begränsad tidsperiod skulle ges förutsättningar för att på sikt uppnå en mer hälsosam livsstil. Interventionerna kan relateras till Orems understödjande och utbildande system vilka är avsedda för patienter som under en begränsad tid behöver instruktioner för att kunna utföra egenvård (Berman, Snyder & Frandsen 2016). Eftersom patientgruppen riskerar att lida av både farmakologiska biverkningar och sjukdomsrelaterade besvär är det stor risk att interventionens effekt avtar och att patienten faller tillbaka till tidigare livsstilmönster. Två studier som hade uppföljning

över en längre tid visade att effekten avtog eller uteblev (Álvarez-Jiménez et al., 2010; Green et al., 2015). Poulin et al. (2007) visade att effekten fortsatte när interventionen fortskred över en längre period och inte avbröts. Möjligen behöver patienterna vara i det som Orem (1984) beskriver som delvis kompenserad, vilket innebär att patienten får assistans med vissa vård eller livsstilsmoment under en längre tid. Det kan behövas fler studier med interventioner som sker under en längre tid och studier med längre uppföljningstid efter avslutad intervention. Ett behov av längre interventioner ställer dock krav på ökade resurser. Eventuella ökade kostnader kan motiveras genom förebyggande av metabolt syndrom som kan leda till kardiovaskulära sjukdomar. Vård av patienter med kardiovaskulära sjukdomar innebär mycket stora kostnader för samhället (Steen Carlsson & Persson, 2012). Det behövs fler studier som undersöker hälsoekonomiska utfall.

I åtta studier var interventionerna sjuksköterskeledda eller utfördes av ett arbetslag bestående av en blandning av sjuksköterskor och andra yrkeskategorier inom sjukvården. I Kwon et al., 2006; Wu et al., 2007; Jean-Baptiste et al., 2007; Evans et al. 2005 nämndes inget om sjuksköterskeledda interventioner utan enbart om deltagande av psykiatriker, dietister och fysioterapeuter. Interventionernas hälsofrämjande utformning överensstämmer med svensk sjuksköterskeförenings beskrivning av sjuksköterskans arbete i vilket yrket ska sträva efter att skapa bättre levnadsvanor, tillhandahålla information, undervisa samt identifiera riskfaktorer som kan utgöra problem för individens hälsa (SSF, 2010). Det ter sig rimligt att interventionerna hade kunnat genomföras av sjuksköterskor eller i ett arbetslag där sjuksköterskan spelar en betydande roll. Därför kan dessa studier anses vara relevanta för att kunna uppnå syftet med denna uppsats.

Reproducerbarhet och generaliserbarhet

Utav de 13 studier som inkluderades i resultatet var det fem stycken som hade en uttalad inriktning mot att förebygga viktökning. Resterande studier var inriktade på att hjälpa patienterna till att gå ned i vikt. Viktreducerande studier medtas eftersom antalet studier som hade en preventiv inriktning var förhållandevis få, vilket förmodligen beror på att psykotiska symtom först måste behandlas innan interventioner kan sättas in och att patientgruppen generellt har en ohälsosam livsstil. Frågan som ställdes var ifall dessa viktreducerande studier kunde appliceras på uppsatsens syfte. Det fanns ingen nämnvärd skillnad i interventionens utförande mellan förebyggande och viktreducerande studier. Samtliga studier poängterade

dessutom att interventionerna även hade en förebyggande natur och att målet var både kontinuerlig viktnedgång mot mer hälsosamma nivåer och att förebygga viktökning.

Studierna som behandlas i resultatet beskriver interventioner som är av komplex karaktär. Många interventioner innehåller variabler som gör att de inte går att replikera i detalj utifrån exakt samma förutsättningar. Många faktorer påverkar interventionens påverkan på deltagarna och därmed i viss utsträckning resultatet. Det kan vara svårt att avgöra vilken som är den aktiva och effektiva komponenten (MRC, 2000). Campbell et al. (2007) beskriver att interventioner som berör utbildning, terapier, rehabilitering eller omvårdnad oftast är komplexa. Samtliga studier som ingår i denna uppsats kan definieras som komplexa. Studierna beskriver visserligen interventionernas utförande, men studiernas omfattande mellanmännsliga natur leder till minskad kontroll. Ett syfte med vetenskapliga studier är att de skall kunna replikeras. Ett annat viktigt syfte med kvantitativa studier är att de ska kunna generaliseras vilket innebär att resultatet av studien skall kunna överföras på populationen, vilket i sin tur innebär att urvalet, den studerade patientgruppen, överensstämmer med populationen (SBU, 2017).

Slutsats och kliniska implikationer

I resultatet visades att utbildning, sociala interaktioner, kosthållning och fysisk aktivitet kan förebygga viktökning i samband med antipsykotisk behandling. Interventionerna utfördes under en längre tidsperiod och innebar omfattande interaktion mellan sjuksköterskor, övrig personal och patienter. För att interventionerna ska kunna överföras till en svensk kontext krävs det med stor sannolikhet studier med fokus på replikering, applicering inom öppenvård, uppföljning över tid och ekonomisk utvärdering.

Personer som behandlas med atypisk antipsykotika är en sårbar grupp och det är betydelsefullt att gruppen ges förutsättningar till förbättrad hälsa. Sjuksköterskan ska arbeta hälsofrämjande och kan utgöra en viktig roll i att utveckla och utföra hälsofrämjande interventioner, som kan leda till för patienten högre livskvalitet samt förbättrad hälsa. Interventionerna kan vara sjuksköterskeledda och lägga vikt vid att skapa förutsättningar för egenvård. Sjuksköterskan kommer förmodligen att behöva pedagogisk utbildning, en miljö som tillåter socialt samspel och stöd på grund av interventionernas komplexitet, vilket i sin tur kräver systematisk utvärdering.

Författarnas arbetsfördelning

Den initiala ostrukturerade sökningen efter artiklar skedde enskilt för att skapa en bredare bild över tillgänglig forskning. Systematisk sökning, gallring och kvalitetsgranskning utfördes tillsammans. Valda artiklar lästes enskilt, men sammanställdes tillsammans. Textinnehåll har skrivits och diskuterats gemensamt. Båda författarna har närvarit vid samtliga handledarmöten och deltagit vid arbetsseminariet. Arbetsbördan har fördelats lika och båda författarna ansvarar för innehållet.

Referenser

Alligood, MR. (2014). *Nursing Theorists and Their Work*. St. Louis: Elsevier.

Alvarez-Jiménez, M., Martínez-García, O., Pérez-Iglesias, R., Ramírez, Ml., Vázquez-Barquero, JL. & Crespo-Facorro, B. (2010). Prevention of antipsychotic-induced weight gain with early behavioural intervention in first-episode psychosis: 2-year results of a randomized controlled trial. *Schizophrenia Research* 116(1), 16-19.

Attux, C., Martini, LC, Elkis, Hélio, Tamaim, S., Frerias, A., das Graças, M., Camargo, M., Mateus, M., Mari, J., Reis, AF. & Bressan, RA. (2013). A 6-month randomized controlled trial to test the efficacy of a lifestyle intervention for weight gain management in schizophrenia. *BMC Psychiatry* 13(60).

Beauchamp, TL. & Childress, JF. (2009). *Principles of biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.

Berman, A., Snyder, S. & Frandsen, G. (2016). *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: concepts, process and practice*. Upper Saddle River: Pearson Education.

Bordin, ES. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 16(3), 252-260.

Brown, C., Goetz, J. & Hamera, E. (2011). Weight loss intervention for people with serious mental illness: a randomized controlled trial of the RENEW program. *Psychiatric Services* 62(7). 800-802.

Bushe, CJ., Taylor, M. & Haukka, J. (2010). Mortality in schizophrenia: a measurable clinical endpoint. *Journal of Psychopharmacology* 24(11), 17-25.

Campbell, NC., Murray, E., Derbyshire, J., Emery, J., Farmer, A., Griffiths, F., Guthrie, B., Lester, H., Wilson, P., & Kinnmonth, AL. (2007). Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *British Medical Journal* 334(7591), 455-459.

Coccorello, R. & Moles, A. (2010). Potential mechanisms of atypical antipsychotic-induced metabolic derangement: clues for understanding obesity and novel drug design.

Pharmacology & Therapeutics 127(3), 210–251.

Curcic, D., Stojmenovic, T., Djukic-Dejanovic, S., Dikic N., Vesic-Vukasinovic M., Radivojevic, N., Andjelicovic, M., Borovcanin, M. & Djokic G. (2017). Positive impact of prescribed physical activity on symptoms of schizophrenia: randomized clinical trial.

Psychiatria Danubina 29(4), 459-465.

Curtis, J. Watkins, A., Rosenbaum, S., Teasdale, S. Kalcucy, M., Samaras, K. & Ward, PB. (2016). Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry* 10(3), 267-276.

Ekman, I., Norberg, A. & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.) *Personcentrering inom hälso- och sjukvård* (s.69-96). Stockholm: Liber.

Erhart, SM., Marder, SR. & Carpenter, WT. (2006). Treatment of schizophrenia negative symptoms: future prospects. *Schizophrenia Bulletin* 32(2), 234-237.

Evans, S., Newton, R. & Higgins, S. (2005). Nutritional intervention to prevent weight gain in patients commenced on olanzapine: a randomized controlled trial. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 39(6), 479–486.

Freyhofer, HH. (2004). *The Nuremberg Medical Trial: The Holocaust and the Origin of the Nuremberg Medical Code*. New York: Peter Lang.

Geddes, J., Price, J. & McKnight, R. (2012). *Psychiatry*. New York: Oxford University Press.

Green, CA., Yarborough, BJH., Leo, MC., Yarborough, MT., Stumbo, SP., Janoff, SL., Perrin, NA., Nichols, GA. & Stevens, VJ. (2015). The STRIDE weight loss and lifestyle intervention for individuals taking antipsychotic medications: A randomized trial. *The American Journal of Psychiatry* 172(1), 71-81.

- Harrison, P., Cowen, P., Bruns, T. & Fazel, M. (2017). *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press
- Haupt, DW. (2006). Differential metabolic effects of antipsychotic treatments. *European Neuropsychopharmacology* 16(3), 149–155.
- International Diabetes Foundation. (2006). *The IDF consensus worldwide definition of the METABOLIC SYNDROME*. Hämtad 17 september, 2017, från <https://www.idf.org/our-activities/advocacy-awareness/resources-and-tools/60:idfconsensus-worldwide-definition-of-the-metabolic-syndrome.html>
- Jarbin, H., Lindström, K. & Msghina, M. (2014). Psykoser. I *Läkemedelsboken* (s.1064-1077). Stockholm: Läkemedelsverket.
- Jean-Baptiste, M., Tek, C., Liskov, E., Chakunta, UR., Nicholls, S., Hassan, AQ., Brownell, KD. & Wexler, BE. (2007). A pilot study of a weight management program with food provision in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 96(1-3), 198–205.
- Kagal, U. A., Torgal, S. S., Patil, NM. & Malleshappa, A. (2012). Prevalence of the Metabolic Syndrome in Schizophrenic Patients Receiving Second-Generation Antipsychotic Agents - A Cross-Sectional Study. *Journal of Pharmacy Practice* 25(3), 368-374.
- Kaur, J. (2014). A Comprehensive Review on Metabolic Syndrome. *Cardiology Research and Practice* 2014. 1-21.
- Kizilay, P., Tiryaki, A. & Arslan, FC. (2015). The prevalence of metabolic syndrome in outpatients with severe mental illness in antipsychotic monotherapy or polypharmacy. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 25(1). 58-59.
- Krane-Gartiser, K., Breum, L., Glümer, C., Linneberg, A., Madsen, M., Øster, A. K., Jepsen, P. W., Fink-Jensen, A. (2011). Prevalence of the metabolic syndrome in Danish psychiatric outpatients treated with antipsychotics. *Nordic Journal of Psychiatry* 65(5), 345-352.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: för studenter inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Natur och litteratur.

Kwon, JS., Choi, JS., Bahk, WM., Yoon Kim, C., Hyung Kim, C., Chul Shin, Y., Park, BJ. & Geun Oh, C. (2006). Weight management program for treatment-emergent weight gain in olanzapine-treated patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: A 12-week randomized controlled clinical trial. *Journal of Clinical Psychiatry* 67(4), 547-553.

Laursen, T. M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Ösby, U., Alinaghizadeh, H., Gissler, M. & Nordentoft, M. (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).

Lee, NY., Kim, SH., Jung, DC., Kim, EY., Yu, HY., Sung, KH., Kang, UG., Ahn, YM. & Kim, YS. (2011). The prevalence of metabolic syndrome in Korean patients with schizophrenia receiving a monotherapy with aripiprazole, olanzapine or risperidone. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry* 35(5), 1273-1278.

Leucht, S., Corves, C., Arbter, D., Engel, RR., Li, C. & Davis, JM. (2009). Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *The Lancet* 373(9657), 431-411.

Lieberman, J. A. (2004). Metabolic Changes Associated With Antipsychotic Use. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry* 6(2), 8-13.

Lindell, L. (2003). *Mellan frisk och sjuk - en studie av psykiatrisk öppenvård*. Lund: Media Tryck.

Littrell, KH., Hilligoss, NM., Kirshner, CD., Petty, RG. & Johnson, CG. (2003). The Effects of an Educational Intervention on Antipsychotic-Induced Weight Gain. *Journal of Nursing Scholarship* 3(3), 237-241.

Lowe, T. & Lubos, E. (2008) Effectiveness of weight management interventions for people with serious mental illness who receive treatment with atypical antipsychotic medications. A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15, 857-863.

Mattsson, M. (2014). Psykoser. I I. Skärsäter (Red.) *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå* (s.129-161). Lund: Studentlitteratur.

Medical Research Council (MRC). (2000). A framework for development and evaluation of RCTs for complex interventions to improve health. London: Medical Research Council.

Melamed, Y., Stein-Reisner, O., Gelkopf, M., Levi, G., Sivan, T., Ilievici, G., Rosenberg, R., Weizman, A. & Bleich A (2008). Multi-modal weight control intervention for people with persistent mental disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 31(3), 194-200.

Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Ösby, U., Hassan, A., Gissler, M. & 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).

Orem, D. E. (1984). *Nursing: concepts of practice*. New York: McGraw-Hill.

Ottosson, J-O. (2015). *Psykiatri*. Stockholm: Liber AB.

Polit, DF. & Beck, CT. (2014) *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Poulin, MJ., Chaput, JP., Simard, V., Vicent, P., Bernier, J., Gauthier, Y., Lanctot, G., Saindon, J., Vincent, A., Gagnon, S., Tremblay, A.. (2007). Management of antipsychotic-induced weight gain: prospective naturalistic study of the effectiveness of a supervised exercise programme. *Australian & New Zealand Journal Psychiatry* 41(12), 980–989.

Remington, G., Foussias, G., Fervaha, G., Agid, O., Takeuchi, H., Lee, J. & Hahn, M. (2016) Treating Negative Symptoms in Schizophrenia: an Update. *Current Treatment: Options in Psychiatry* 3(2), 133-150.

Sandman, L. & Kjellström, S. (2015). *Etikboken: etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

Segesten, K. (2012). Användbara texter. I F. Friberg (Red.) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.49-58). Lund: Studentlitteratur.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Riksdagen.

Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*.

Hämtad 18 oktober, 2017, från

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18484/2011-11-11.pdf>

Socialstyrelsen. (2014). *Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd*. Hämtad 9 oktober, 2017, från

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19413/2014-4-6.pdf>

Socialstyrelsen. (2012). *Att inventera behov: inventering av gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning*. Hämtad 24 april, 2018, från

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18586/2012-1-34.pdf>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2014). *Mall för kvalitetsgranskning av randomiserade studier*. Hämtad 19 oktober, 2017, från

http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_randomiserade_studier.pdf

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2017). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten*. Hämtad 20 april, 2018, från

<http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2012). *Schizofreni*

Läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation. Hämtad 25 april, 2018, från

http://www.sbu.se/contentassets/3908bd4317a1421fb091eae098b150bb/schizofreni_2012.pdf

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2017). *Kvalitetsgranskning av studier*. Hämtad 15 maj, 2018, från

https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel06.pdf

Steen Carlsson, K. & Persson, U. (2012). *Kostnader för Hjärt- Kärleksjukdomar år 2010*.

Hämtad 1 maj, 2018, från

https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Rapporter/Kostnader_%20hjärt-kärleksjukdom_2010.pdf

Stolt, C-M. (2003). *Medicinen och det mänskliga*. Stockholm: Natur & Kultur.

Svensk sjuksköterskeförening (SSF). (2014). *Omvårdnad och god vård*. Hämtad 9 maj, 2018, från

https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.omvardnad.och.god.vard_april_2014.pdf

Svensk sjuksköterskeföreningen (SSF). (2010). *Indikationer för Hälsofrämjande åtgärder*.

Hämtad 16 oktober, 2017, från

https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.indikatorer.for.halsoframjande.omvardnad_webb.pdf

Tandon, R., Keshavan, M. & Nasrallah, HA. (2009). Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenic Research* 110(1-3), 1-23.

Tirupati, L. & Chua, LE. (2007). Obesity and metabolic syndrome in psychiatric rehabilitation service. Australian and New Zealand. *Journal of Psychiatry* 41(7), 606-610.

Wilman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R. & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Voruganti, LN., Whatham, J., Bard, E., Parker, G., Babbery, C., Ryan, J., Lee, S. & MacCrimmon, DJ. (2006). Going beyond: an adventure- and recreation-based group intervention promotes well-being and weight loss in schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry* 51(9), 575-580.

World Medical Association (WMA). (2015). *Medical Ethics Manual*. Hämtad 30 juni, 2018, från https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_en.pdf

Wu, MK, Wang, CK, Bai, YM, Huang, CY. & Lee, SD. (2007). Outcomes of Obese, Clozapine-Treated Inpatients With Schizophrenia Placed on a Six-Month Diet and Physical Activity Program. *Psychiatric Services* 58(4), 544-550.

<p>Attux, C., Martini, LC, Elkis, Hélio, Tamaim, S., Frerias, A., das Graças, M., Camargo, M., Mateus, M., Mari, J., Reis, AF. & Bressan, RA./ 2013/ <i>A 6-month randomized controlled trial to test the efficacy of a lifestyle intervention for weight gain management in schizophrenia.</i>/ Brasilien</p>	<p>Testa effekten av ett livsstilsprogram som avser att motverka viktökning hos patienter som behandlas med atypisk antipsykotika</p>	<p>RCT-studie. Interventionsgruppen (n=81) deltog under tolv veckor i individuella möten varje vecka med utbildande diskussioner om kost och träning. Fokus lades på teman som personlig utveckling, självförtroende och stresshantering. kontrollgruppen (n=79) fick vård enligt rutin.</p>	<p>Ingen signifikant viktminskning hos interventionsgruppen efter tre månader Efter sex månader var skillnaden signifikant då interventionsgruppen hade gått ned 1,1 kg medan kontrollgruppens vikt var oförändrad.</p>	<p>Hög</p>
<p>Brown, C., Goetz, J. & Hamera, E./ 2011/ <i>Weight loss intervention for people with serious mental illness: a randomized controlled trial of the RENEW program.</i>/ USA</p>	<p>Undersöka effekten av interventionsprogram som avser att leda till viktförlust hos patienter som behandlas med atypisk antipsykotika.</p>	<p>RCT-studie. Interventionsgruppen (n=47) fick ta del av ett kombinerat multiprofessionellt interventionsprogram med undervisning, kosthållning och fysisk aktivitet. Programmet varade tolv månader och delades upp i tre sektioner varav den första mer intensiva interventionen varade i tre månader. Kontrollgruppen (n=42) fick vård enligt rutin.</p>	<p>Efter sex månader hade interventionsgruppen i medeltal minskat 2.4 kg medan kontrollgruppen ökat med 45 g. Resultatet var statistiskt signifikant.</p>	<p>Hög</p>

<p>Curtis, J. Watkins, A., Rosenbaum, S., Teasdale, S. Kalcucy, M., Samaras, K. & Ward, PB./ 2016/ <i>Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis.</i>/ Australien</p>	<p>Utvärdera effekten av en kombinerad intervention för att förhindra antipsykotikainducerad viktuppgång i samband med behandlingsstart.</p>	<p>RCT-studie. Interventionsgruppen (n=16) deltog under tolv veckor i möten som kombinerade MI med sjuksköterska och coaching av personer som genomgått behandling med antipsykotika. Samtal kompletterades med kostråd från dietist en gång per vecka och träningsprogram med fysioterapeut. Kontrollgruppen (n=12) fick vård enligt rutin.</p>	<p>Resultatet var statistiskt signifikant. Medelvikten i interventionsgruppen ökade med 1.8 kg medan kontrollgruppens medelvikt ökade med 7.8 kg under interventionens tolv veckor.</p>	<p>Hög</p>
<p>Evans, S., Newton, R. & Higgins, S./ 2005./ <i>Nutritional intervention to prevent weight gain in patients commenced on olanzapine: a randomized controlled trial</i>/ Australien</p>	<p>Undersöka ifall gruppdiskussioner i kost, träning och livsstil kan ha förebyggande effekt på viktökning hos patienter som behandlas med atypisk antipsykotika</p>	<p>RCT-studie. Interventionsgruppen (n=29) fick delta i sex gruppmöten under en tremånadersperiod under vilken gruppen diskuterade hälsorelaterade ämnen. Efter varje möte lades fokus på att deltagarna skulle sätta upp individuella mål. Kontrollgruppen (n=22) fick behandling enligt rutin.</p>	<p>Efter tre månader uppvisade kontrollgruppen en statistiskt signifikant medelviktsökning på sex kg medan interventionsgruppen hade ökat med två kg. Efter ytterligare tre månader hade kontrollgruppen ökat i medelvikt med 9,9 kg medan interventionsgruppen fortfarande hade ökat två kg sedan första invägning</p>	<p>Hög</p>

<p>Green, CA., Yarborough, BJH., Leo, MC., Yarborough, MT., Stumbo, SP., Janoff, SL., Perrin, NA., Nichols, GA. & Stevens, VJ./ 2015/ <i>The STRIDE weight loss and lifestyle intervention for individuals taking antipsychotic medications: A randomized trial.</i>/ USA</p>	<p>Bedöma ifall en livsstilsrelaterad intervention kan ha effekt på att reducera vikt samt förebygga diabetes melitus hos patienter som behandlas med atypisk antipsykotika</p>	<p>RCT-studie. Interventionsgruppen (n=104) deltog i sex gruppmöten som varade i två timmar en gång i veckan. Under mötena fick de träffa sjuksköterskor och dietister som undervisade i nutrition och livsstil och som kompletterades med 20 minuters träningsrelaterade instruktioner. Flera olika sorters inlärningsmetoder applicerades för att påverka deltagarnas. kontrollgrupp (n=96) fick vård enligt rutin.</p>	<p>Efter sex månader uppvisade interventionsgruppen en signifikant minskad medelvikt med 4,4 kg större viktminskning än kontrollgruppen. Vid återkontroll efter ytterligare sex månader fanns ingen signifikant skillnad.</p>	<p>Hög</p>
<p>Jean-Baptiste, M., Tek, C., Liskov, E., Chakunta, UR., Nicholls, S., Hassan, AQ., Brownell, KD. & Wexler, BE./ 2007/ <i>A pilot study of a weight management program with food provision in schizophrenia.</i>/ USA</p>	<p>Ta reda på vilken effekt ett viktreducerande program kan ha för patienter som behandlas med antipsykotika</p>	<p>RCT- studie i vilken interventionsgruppen (n=8) fick delta i ett möte varje vecka under sammanlagt 16 veckor. Deltagarna fick utbildning i kost och fysisk aktivitet samt individuell bedömning samt uppföljning varje vecka. Kontrollgruppen (n=10) fick vård enligt rutin.</p>	<p>Det fanns ett signifikant samband mellan intervention och viktförlust. Interventionsgruppen gick ned i snitt 2,9 kg medan kontrollgruppen gick upp 2,6 kg. En kontrollmätning efter sex månader visade på fortsatt viktförlust.</p>	<p>Hög</p>

<p>Kwon, JS., Choi, JS., Bahk, WM., Yoon Kim, C., Hyung Kim, C., Chul Shin, Y., Park, BJ. & Geun Oh, C./ 2006/ <i>Weight management program for treatment-emergent weight gain in olanzapine-treated patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: A 12-week randomized controlled clinical trial.</i>/ Sydkorea</p>	<p>Undersöka effektiviteten av ett program för att motverka viktuppgång hos antipsykotikabehandlade patienter</p>	<p>RCT-studie i vilken KBT tillämpades, med ett avgränsat fokus på individuella samtal med deltagare i interventionsgruppen (n=33). Studien varade tolv veckor med ett möte varje vecka under fyra veckor och ett möte varannan vecka därefter. Kontrollgruppen (n=15) fick vård enligt ordination.</p>	<p>Efter tolv veckor fanns det signifikanta skillnader. Interventionsgruppen minskade i medelvikt med 3,94 kg och kontrollgruppen med 1,48 kg.</p>	<p>Hög</p>
<p>Littrell, KH., Hilligoss, NM., Kirshner, CD., Petty, RG. & Johnson, CG./ 2003/ <i>The Effects of an Educational Intervention on Antipsychotic-Induced Weight Gain.</i>/ USA</p>	<p>Bedöma effekten av utbildande interventioner på patienter som just påbörjat behandling med atypisk antipsykotika.</p>	<p>Sjuksköterskeledd RCT-studie. Interventionsgruppen (n=35) deltog i utbildande möten under 16 veckor. Undervisning i kost, träning och en mer hälsosam livsstil. Kontrollgruppen (n=35) fick behandling enligt rutin</p>	<p>Interventionsgruppen uppvisade en signifikant mindre viktökning än kontrollgruppen efter fyra månader</p>	<p>Hög</p>

<p>Melamed, Y., Stein-Reisner, O., Gelkopf, M., Levi, G., Sivan, T., Ilievici, G., Rosenberg, R., Weizman, A. & Bleich A./ 2008/ <i>Multi-modal weight control intervention for people with persistent mental disorders.</i>/ Israel</p>	<p>Ta reda på interventioners effekt på vikt hos patienter med svår psykisk sjukdom som behandlas med atypisk antipsykotika.</p>	<p>Quasi-experimentell design. Interventionsgruppen (n=28) fick undervisning om kost och målsättning. Under måltider fick patienterna möjlighet att välja nyttigare och mer kalorislåga alternativ och fick handledning av en sjuksköterska. Samtliga deltagare var inskrivna på psykiatrisk avdelning. Kontrollgruppen (n=31) återfanns på avdelningar som inte deltog i studien.</p>	<p>Efter tre månader var viktminskningen signifikant i förhållande till kontrollgruppen. Ingen redogörelse för viktförlusten i kilogram. Interventionsgruppen sänkte sitt medel-BMI med 2,8 enheter medan kontrollgruppen sjönk med 0,2 enheter</p>	<p>Medelhög</p>
<p>Poulin, M.J., Chaput, J.P., Simard, V., Vicent, P., Bernier, J., Gauthier, Y., Lanctot, G., Saindon, J., Vincent, A., Gagnon, S., Tremblay, A./ 2007/ <i>Management of antipsychotic-induced weight gain: prospective naturalistic study of the effectiveness of a supervised exercise programme.</i>/ Kanada</p>	<p>Fastställa hur ett långvarigt träningsprogram kan förebygga viktökning hos patienter som behandlas med antipsykotika.</p>	<p>RCT-studie i vilken Interventionsgruppen (n=59) uppdelades i små grupper som under en period om 18 månader fick delta i 60 minuters träningspass två gånger i veckan med varierande träningsformer. Kontrollgruppen (n=51) fick normal behandling enligt rutin.</p>	<p>Efter 18 månader hade interventionsgruppens medelvikt minskat med 3,1 kg medan kontrollgruppens medelvikt hade ökat med 3,6 kg. Skillnaden var hela 6,7 kg. Sambandet mellan interventionen och minskad kroppsvikt var signifikant.</p>	<p>Hög</p>

<p>Voruganti, LN., Whatham, J., Bard, E., Parker, G., Babbery, C., Ryan, J., Lee, S. & MacCrimmon, DJ./ 2006/ <i>Going beyond: an adventure- and recreation-based group intervention promotes well-being and weight loss in schizophrenia.</i>/ Kanada</p>	<p>Bedöma ett rekreationellt aktivitetsprogramms viktminskande och livskvalitetshöjande effekt på antipsykotikabehandlade patienter.</p>	<p>Quasi-experimentell sjuksköterskeledd studie där interventionsgruppen (n= 23) fick delta i 16 rekreationella aktiviteter fördelade under åtta månader. Aktiviteterna utgjordes av låg till medelintensiva aktiviteter. Kontrollgruppen (n=31) fick behandling enligt rutin.</p>	<p>Vid kontroll efter tolv månader fanns en signifikant viktminskning där interventionsgruppen hade i snitt gått ned 5,4 kg medan kontrollgruppen uppvisade en viktökning på ungefär fyra kg.</p>	<p>Medelhög</p>
<p>Wu, MK, Wang, CK, Bai, YM, Huang, CY. & Lee, SD./ 2007/ <i>Outcomes of Obese, Clozapine-Treated Inpatients With Schizophrenia Placed on a Six-Month Diet and Physical Activity Program.</i>/ Taiwan</p>	<p>Utvärdera effekten av kosthållning och fysisk aktivitet hos patienter som behandlas med atypisk antipsykotika.</p>	<p>RCT-studie. Interventionsgruppen (n=28) fick kalorianpassad kost under sex månader. Kvinnornas kost hade ett energiinnehåll som låg mellan 1300-1600 kcal och männens låg mellan 1600-1800 kcal. Kontrollgruppen (n=27) vårdades enligt rutin.</p>	<p>Vid kontroll efter sex månader hade kontrollgruppen ökat i medelvikt med 1 kg medan interventionsgruppen uppvisade en viktminskning på 4,2 kg.</p>	<p>Hög</p>