



Linnéuniversitetet

Institutionen för hälso- och vårdvetenskap

Uppsats omvårdnad 15 hp

Screening för metabolt syndrom hos neuroleptikabehandlade personer med psykosdiagnos - personals erfarenheter

En kvalitativ studie



Författare: Lars-Göran Johansson
Jörgen Ninn
Birgitta Tingberg

Examinator: Gunilla Nilsson
Termin: HT 12
Kurskod: 2VÅ100

Uppsats omvårdnad 15 hp

Titel: Screening för metabolt syndrom hos neuroleptikabehandlade personer med psykosdiagnos - personals erfarenheter

En kvalitativ studie

Författare: Lars-Göran Johansson, Jörgen Ninn & Birgitta Tingberg

Examinator: Gunilla Nilsson

Sammanfattning

Bakgrund: I Sverige finns 30 000 – 40 000 personer med psykosdiagnos. Dessa är en utsatt grupp avseende metabola riskfaktorer, dels utifrån konsekvenser av sjukdomen, men också med anledning av den antipsykotiska medicineringsen. Därför rekommenderas screening för metabola riskfaktorer i förebyggande syfte och för tidig upptäckt.**Syfte:** Syftet med studien var att undersöka personals erfarenheter av hinder och framgångsfaktorer i screeningarbetet. **Metod:** Semistrukturerade intervjuer genomfördes med 7 personal som arbetade med metabol screening på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Data analyserades via kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Resultatet visade att personalens engagemang och intresse var mycket viktigt för att screening skulle prioriteras. Vårdrelationen beskrevs som betydelsefull för motivationsarbetet. Tankar framfördes om möjliga förbättringar såsom att koncentrera arbetet med screening till en bestämd tidsperiod varje år för ökat fokus. Att skapa en påminnelsefunktion i det befintliga datajournalssystemet var en annan tanke. **Slutsats:** Studien visade att ökad tidspress och låg efterfrågan av resultatet krävde högt engagemang och intresse hos personalen för genomförande av screening.

Nyckelord: screening, metabolt syndrom, neuroleptika, psykos, vårdrelation

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Psykos	2
Antipsykotisk medicin	2
Metabola syndromet	2
Screening för metabola riskfaktorer	3
Personalperspektiv	4
Teoretisk referensram	5
Penders hälsofrämjande omvårdnadsmodell	5
Några teoretiska antaganden som utmärker HPM	6
Vårdrelation	6
Problemformulering	8
Syfte	9
Metod	9
Informanter	9
Datainsamling	10
Dataanalys	10
Forskningsetiska överväganden	11
Resultat	11
Hinder	12
Organisatoriska hinder	12
Personalhinder	12
Patienthinder	13
Framgångsfaktorer	13
Administration	13
Motivationsarbete	14
Metoddiskussion	15
Val av metod	15
Förförståelse	16
Informanterna och intervjusituationen	16
Giltighet	17

Tillförlitlighet _____	18
Överförbarhet _____	18
Resultatdiskussion _____	19
Informanterna _____	19
Sjuksköterskans roll _____	19
Organisation _____	21
Patientens roll _____	22
Personalens roll _____	22
Konklusion _____	23
Klinisk implementering _____	23
Förslag på vidare forskning _____	24
Referenser _____	25

Bilaga 1 Penders omvårdnadsteori.

Bilaga 2 Informationsbrev till verksamhetschef.

Bilaga 3 Informationsbrev och intresseanmälan.

Bilaga 4 Intervjuguide.

Inledning

Personer som lider av en psykosjukdom uppvisar i högre grad metabola avvikelser som övervikt, diabetes, förhöjda blodfetter och till följd av detta en överdödlighet i hjärt-kärlsjukdomar, jämfört med befolkningen i övrigt. Tänkbara bidragande orsaker är bristande fysisk aktivitet, rökning, dålig kosthållning och biverkan av antipsykotisk medicinering (Brown, Birtwistle, Roe & Thomson 1999). Därför har riktlinjen ”Kliniska riktlinjer – Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom” utarbetats (2010). Riktlinjen ligger till grund för arbetet med att upptäcka och förebygga metabola riskfaktorer hos patienter med psykosjukdom som har kontakt med psykiatri i landstinget i Kalmar län. Vi har valt att undersöka personalens erfarenhet av hinder och framgångsfaktorer i detta arbete vid en psykiatrisk öppenvårdsmottagning där det redan tidigare fanns utarbetade rutiner att erbjuda årlig screening för metabola riskfaktorer hos målgruppen.

Bakgrund

I Sverige finns det 30 000 – 40 000 personer som lider av schizofreni eller annan liknande psykosjukdom (Socialstyrelsen, 2003). Dessa är en särskilt utsatt grupp då det gäller metabola riskfaktorer och löper därmed en ökad risk att utveckla metabolt syndrom (Newcomer & Haupt, 2006; Sacks, 2004; Waterreus & Laugharn, 2009). Såväl behandling med antipsykotiska läkemedel som psykosjukdom i sig åtföljs ofta av viktuppgång med ökad risk för diabetes och kardiovaskulär sjuklighet.

I det kliniska arbetet är det viktigt att fokusera på de påverkningsbara riskfaktorerna.

Viktuppgång som biverkan till medicinering kan vara en anledning till bristande följsamhet i den farmakologiska behandlingen, men också en orsak till utvecklande av metabolt syndrom (Lindefors, Jarbin, Lindström 2011/2012).

Psykos

Med psykos menas ett tillstånd av förändrad verklighetsuppfattning med symtom som hallucinationer, vanföreställningar och tankestörningar. Till bilden hör också ofta bristande sjukdomsinsikt. Schizofreni är den vanligaste formen av psykos, nära hälften av nyinsjuknade får efter hand diagnosen. Schizoaffektivt syndrom är en psykossjukdom med schizofreniliknande symtom, men innefattar även maniska och depressiva perioder (Socialstyrelsen 2003).

För diagnostisering används i Sverige endera av två diagnostiska system, ICD-10 (International Classification of Diseases) eller DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition). Huvudsakliga skillnaden mellan systemen när det gäller diagnostisering av schizofreni är kravet på sjukdomsduration (sjukdomstid). ICD-10 kräver en månads sjukdomsduration, enligt DSM-IV krävs sex månader.

Antipsykotisk medicin

Neuroleptika är en grupp läkemedel med antipsykotisk effekt som reglerar dopaminupptaget genom att bindningen till dopaminreceptorerna blockeras. Neuroleptika delas in i två typer: äldre (typiska) och nyare (atypiska) medel. Det som skiljer de två typerna är att de atypiska medlen förutom att blockera bindningen till dopaminreceptorerna, även påverkar receptorerna för andra signalsubstanser, bland annat serotonin. Därigenom mildras de motoriska biverkningarna (dålig muskelkontroll, stelhet, kramper, ofrivilliga rörelser) som är kännetecknande för denna grupp av läkemedel (Eriksson, Pelling 2003/2004).

Metabola syndromet

Enligt European Group for the study of Insulin Resistance, [(EGIR), 1999] föreligger metabolt syndrom vid förekomst av insulinresistens eller hyperinsulinemi (hos icke diabetiker) och ytterligare minst två av följande:

- Midjemått >94 cm hos män, > 80 cm hos kvinnor

- Triglycerider $\geq 2,0$ mmol/l och/eller HDL 1,0 mmol/l eller behandling med kolesterolsänkande läkemedel
- Blodtryck $\geq 140/90$ mm Hg eller behandling med blodtrycksreglerande läkemedel
- Faste-P-glucos $\geq 6,1$ mmol/l

Screening för metabola riskfaktorer

Med screening för metabola riskfaktorer menas åtgärder för att tidigt upptäcka metabola störningar. Syftet är att förhindra eller försena sjukdomsprogressen och undvika markant viktökning eller utveckling av diabetes. Screeningen innebär anamnesupptagning och kartläggning av patientens somatiska hälsa samt en systematisk kontroll av vikt och längd, midjemått, blodtryck, faste-P-glucos (eventuellt HbA1c) och blodfetter (Klinisk riktlinje – Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom, 2010).

På den mottagning där vår studie genomförts påbörjades det förebyggande arbetet 2004.

Tidigare hade fasteglucos kontrollerats på alla patienter som behandlades med litium och klorzapin. Nu utökades rutinerna med att HbA1c togs var 6:e månad på de patienter som behandlades med klorzapin och olanzapin. Från och med januari 2005 ändrades rutinerna så att alla patienter som behandlades med neuroleptika erbjöds en screening som omfattade:

- Faste-P-glucos efter 6 månaders behandling, därefter 1 gång om året.
- Fastande blodfetter efter 6 månaders behandling, därefter 1 gång om året.
- Blodtryck 1 gång om året.
- Body Mass Index (BMI) 1 gång om året.

På patienter som bedömdes vara i riskzonen för diabetes och hjärt-kärlsjukdomar kompletterades eventuellt provtagningen vid läkarbesök och patienten remitterades till allmänläkare.

Kontaktperson/behandlare ansvarade för att screening erbjöds samtliga neuroleptikabehandlade patienter.

I dagsläget omfattas screening för metabola riskfaktorer av följande:

- Hälsosamtal en gång per år.
- Viktkontroll kvartalsvis. Vid nyinsättning/byte av antipsykotisk medicin tas utgångsvikt och ny kontroll efter 4, 8 och 12 veckor.
- Midjemått årligen. Vid nyinsättning/byte av antipsykotisk medicin tas utgångsvärde och ny mätning efter 12 veckor.
- Blodtryck årligen. Vid nyinsättning/byte av antipsykotisk medicin tas utgångsvärde och ny kontroll efter 12 veckor.
- Fasteglukos, eventuellt HbA1c årligen (var 6:e månad för unga). Vid nyinsättning/byte av antipsykotisk medicin tas utgångsvärde och ny kontroll efter 12 veckor.
- Lipidstatus; total kolesterol, HDL, LDL, triglycerider årligen (var 6:e månad för unga). Vid nyinsättning/byte av antipsykotisk medicin tas utgångsvärde och ny kontroll efter 12 veckor.

Därutöver rekommenderas att överväga rutinmässig screening även av thyroideastatus, lever- och njurprover, elektrolyter, prolaktin, blodstatus och EKG (Kliniska riktlinjer – Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom, 2010).

Personalperspektiv

Usher, Foster, & Park (2006) menar att sjuksköterskor inom psykiatrisk vård spelar en mycket viktig roll i upptäckten och skötseln av metabolt syndrom. Till att börja med måste sjuksköterskan vara medveten om syndromet och vad det innebär. Här ligger en betydande vinst i att det ökar möjligheten till tidig upptäckt och fortsatt uppföljning. Vidare har sjuksköterskan en viktig roll i att utbilda patienterna om metabola riskfaktorer i samband med intag av neuroleptika. Edward, Rasmussen & Munro (2010) betonar betydelsen av att sjuksköterskan arbetar med ett holistiskt synsätt och att den ökade risken för att utveckla metabolt syndrom skall vara en viktig del i sjuksköterskans omvårdnadsbedömning, vårdplanering, behandling och uppföljning av patienter som behandlas med neuroleptika.

De psykiatriska mottagningarna har en unik möjlighet att åstadkomma en förändring i patienternas liv genom de regelbundna återbesöken. Vårdgivaren har speciellt god möjlighet att samordna uppföljande undersökningar när det gäller klozapinbehandlade patienter, eftersom de har relativt täta återbesök och samtidigt har den högsta förekomsten av metabolt syndrom (Hägg, Lindblom & Adolfsson, 2006). Eriksson (1994) tar upp vårdlidandet som det lidande som orsakas patienter på grund av vårdande eller icke vårdande åtgärder. Kopplat till vår studie kan det exemplifieras med den ökade risken för metabolt syndrom som behandling med neuroleptika innebär.

Teoretisk referensram

Penders hälsofrämjande omvårdnadsmodell

Penders Health Promotion Model (HPM, bilaga 1) är en hälsofrämjande modell som först publicerades 1990. HPM tar fasta på individens kompetens och mentala inställning. Individuella egenskaper och erfarenheter som grundlagts genom tidigare beteenden och för den enskilde individen specifika biologiska, psykologiska och sociokulturella faktorer påverkar beteendespecifika kognitioner och affekter (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006). I och med att Penders modell orienterar mot promotion, inte prevention, är det inte fruktbart att arbeta med parametrar som hot, eller att inge rädsla för något för att skapa motivation till ett hälsofrämjande levnadssätt hos patienten. Det handlar om att arbeta för att främja hälsa, inte förhindra sjukdom. Sjuksköterskans uppgift är att uppmuntra till förändring och hjälpa klienten i den processen, samt att stödja klienten i att bibehålla förändringen (Pender et al., 2006).

De för ett beteende specifika kognitionerna och affekterna hos individen har sitt ursprung i individens upplevda egenförmåga, upplevda fördelar av handling och hinder för handling, samt känslor som kan relateras till aktivitet.

Ytterligare faktorer som påverkar beteendet hos individen är av interpersonell och situationsbunden karaktär. Interpersonella influenser kan exempelvis beskrivas som påverkan

från familj eller vänner, situationsbundna influenser kan vara den påverkan individen utsätts för då han/hon ställs inför krav eller olika valmöjligheter.

Slutligen betonas i modellen betydelsen av omedelbara motstridiga krav och preferenser.

Omedelbara motstridiga krav kan härledas till arbetssituation eller familjesituation där individen anses ha låg egen kontroll, vilket leder till konkurrerande beteenden eller alternativa handlingssätt som kan inverka negativt på möjligheten att utveckla ett hälsofrämjande beteende.

Vad gäller preferenser anses individen ha hög egen kontroll i sitt beteende och valda handlingssätt. Det kan handla om exempelvis val av mat eller aktivitet; ska jag äta en pizza eller ett nyttigare alternativ? Ska jag träna idag eller ligga kvar i TV-soffan? Här ställs individens egen förmåga att fatta beslut och motstå frestelser på prov.

Några teoretiska antaganden som utmärker HPM

Upplevd kompetens eller egenförmåga till att genomföra ett önskat beteende ökar sannolikheten att aktivitet skapas och att önskat beteende uppstår.

Större upplevd egenförmåga ger mindre upplevda hinder för ett hälsofrämjande beteende.

Möjligheten till ett hälsofrämjande beteende ökar när det är förbundet med positiva känslor.

Sannolikheten att människor anammar ett hälsofrämjande beteende ökar om de har förebilder; andra för dem viktiga personer som blir modeller, som förväntar sig beteendet och som uppmuntrar och stöttar.

Familj, släkt och vårdgivare är viktiga för den interpersonella påverkan som kan öka eller minska engagemanget hos individen (Pender et al., 2006).

Vårdrelation

Enligt Tarlier (2004) utgör respekt, förtroende och ömsesidighet fundamenten i en god vårdrelation. Respekt innebär förståelse för andra människor och deras situation. Med förtroende avses patientens tro på att sjuksköterskan kommer att ge en god omvårdnad som

resulterar i ett gott vårdresultat. I ömsesidighet ligger sjuksköterskans och patientens respekt för varandras kunskap och syftar till att ta fram patientens behov och styrkor.

Halldórsdóttir (1996) ser vårdrelationen som något som kan föra något gott med sig, men som också kan öka lidandet för patienten beroende på hur patienten bemöts.

En vårdrelation är inte en vanlig social relation eftersom patienten söker vård för att få hjälp medan personalen är anställd för att hjälpa. Här ställs krav på ett gott och respektfullt bemötande, vilket i omvårdnadstermer uttrycks som ett professionellt förhållningssätt.

Hur patienten uppfattar bemötandet kan bero på om vårdare och patient har samma förväntningar eller perspektiv i mötet. Patientens förväntningar på att bli sedd och lyssnad på kan ibland förbises på grund av ett alltför snävt biologiskt synsätt (Snellman, 2009).

Det finns en komplexitet i begreppet vårdrelation som undersökts ur flera olika dimensioner, exempelvis kultur, samarbete, humor och vänskap (Snellman, 2009).

Tarliers utgångspunkt är att en ansvarsfull vårdrelation tar hänsyn till en integrerad etisk kunskap, det vill säga en kunskap som är både personlig och allmän. Den personliga etiken är då knuten till en speciell person och rör mellanmänskliga relationer, medan den allmänna etiken delas av många människor och definierar moraliska värden såsom exempelvis mänskliga rättigheter (Tarlier, 2004).

Snellman anser att fullständig ömsesidighet i vårdrelationen inte kan uppnås eftersom patienten och vårdaren har olika roller, vilket ger en asymmetrisk relation. Trots detta kan man uppnå trygghet och förtroende i mötet. Ömsesidighet ska inte förväxlas med jämlikhet, ingen vårdande relation är jämlik eftersom patienten hela tiden är beroende av vårdarens hjälp. En jämlik relation kan ha låg ömsesidighet medan en ojämlig relation kan innehålla hög grad av ömsesidighet. En annan omständighet som kan påverka och begränsa ömsesidigheten är patientens sjukdomstillstånd, det kan vara svårt för patienten att förmedla sina önskningar, men det kan också bero på att vårdaren har svårt att tolka det patienten uttrycker.

En god vårdrelation kräver att vårdaren förmår skapa en dialog med patienten som innehåller ett äkta intresse och personlig närvaro. Syftet är att stödja patienten i beslut som rör dennes livssituation och att se patienten som den unika person han/hon är. Vidare är det viktigt att vara rädd om patientens oberoende och skapa en relation där det är tillåtet att tala om det som

är svårt (Snellman, 2009).

Vårdarens förmåga till självreflexion, det vill säga medvetenhet om vilka värderingar som styr vårdhandlingen, har stor betydelse. Insikten att de egna värderingarna inte med självklarhet delas av andra ger en ökad förmåga att möta patienten utifrån dennes situation och förutsättningar. Det som är viktigt för vårdaren är inte självklart viktigt för patienten (ibid). Inom sjukvården beskrivs en hel del hinder för att en god vårdrelation ska vara möjlig. Man hänvisar då till tidsbrist och stress som vanliga exempel på att det "goda samtalet" inte är möjligt. En god vårdrelation kännetecknas av vårdgivarens professionella engagemang och förmåga att använda sin kunskap och erfarenhet till gagn för patienten.

Långvarig ohälsa, som vid schizofreni, ger patienten en erfarenhet som inte kan delas av vårdaren. Detta ställer krav på vårdarens förmåga att lyssna, ge utrymme till patientens berättelse och att inte låta sin egen förförståelse eller sina värderingar styra (Nyström, 2009). Patientens erfarenheter och svårigheter kan komma att påverka de val han/hon gör vilket kan göra att vårdaren hamnar i etiska dilemman. Att motivera till en hälsofrämjande livsstil när det hamnar i konflikt med patientens upplevelse av vad som är livskvalitet är ett exempel på detta. Patientens tillit till att vårdaren förstår hans/hennes situation kan skadas och därmed hota alliansen, det vill säga den bärande relation som bygger på tillit, ömsesidighet och respekt.

Problemformulering

Patienter med psykosjukdom är en särskilt utsatt grupp då det gäller metabola riskfaktorer. Såväl sjukdomen som livsstilsfaktorer och farmakologisk behandling kan vara bidragande orsaker. På grund av detta betonas vikten av regelbunden screening av riskfaktorer. I den kliniska vardagen möter personalen dessa patienter och ser effekten av vad riskfaktorerna kan resultera i. Studiens syfte är att undersöka personalens erfarenhet av detta arbete för att få ökad kunskap om vad som påverkar möjligheterna till screening. Den teoretiska utgångspunkten är Penders hälsofrämjande modell där personalens roll ses som viktig för ett lyckat hälsofrämjande arbete. Patientens hälsa är det som står i fokus eftersom det är patienten som drabbas av metabolt syndrom om det hälsofrämjande arbetet inte lyckas. Personalen har som

framgår i "Värdegrund för omvårdnad" (2010) till uppgift att genom sina handlingar och sitt förhållningssätt främja hälsa och motverka ohälsa. En försvårande omständighet är att den farmakologiska behandling som ges mot psykossjukdom också ökar risken för att drabbas av metabolt syndrom. Detta kan påverka vårdrelationen på så sätt att samtidigt som man ska verka för en förtroendefull allians med patienten också ska informera om de metabola konsekvenser medicineringen kan ge.

Det blir därför viktigt att undersöka och lyfta fram personalens erfarenheter av detta arbete.

Syfte

Att vid en psykiatrisk öppenvårdsmottagning undersöka personalens erfarenheter av hinder och framgångsfaktorer för genomförande av screening för metabolt syndrom hos neuroleptikabehandlade personer med psykosdiagnos.

Metod

För att uppnå syftet valdes intervju som datainsamlingsmetod. Verksamhetschefen vid en psykiatrisk öppenvårdsmottagning tillfrågades och gav skriftligt tillstånd för genomförande av studien (bilaga 2). Den personal vid mottagningen som uppfyllde inklusionskriteriet (N= 7) tillfrågades om de var intresserade av att delta i studien och samtliga tackade ja till detta. Inklusionskriterium var att de hade arbetat med screening för metabolt syndrom hos neuroleptikabehandlade personer med psykosdiagnos. Informanterna gav sitt samtycke muntligt och även skriftligt i ett informationsbrev (bilaga 3).

Informanter

Sju personer i åldrarna 57-64 år, medelålder 60 år, varav fyra skötare, två leg sjuksköterskor med vidareutbildning i psykiatri och en kurator/leg psykoterapeut intervjuades. Antal år i yrket varierade mellan 35-46 år, genomsnitt 41 år. Könsfördelning fyra män och tre kvinnor. Samtlig personal hade arbetat med screening sedan det infördes på mottagningen 2004.

Datainsamling

Intervjuerna genomfördes utifrån en semistrukturerad intervjuguide med öppna frågor, möjliga att utveckla under intervjuernas gång. Deltagarna hade tillgång till intervjuguiden (bilaga 4) innan intervjun genomfördes för att få tid att tänka igenom sina erfarenheter och därmed möjlighet till mer uttömmande svar. Varje intervju genomfördes individuellt under maximalt en timme på respektive behandlares arbetsrum. Två av författarna intervjuade samtliga deltagare och intervjuerna ljudinspelades och överfördes till dator där de sparades.

Dataanalys

För dataanalys valdes en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats, vilket innebär att texten analyseras förutsättningslöst och baseras på människors berättelser om sina erfarenheter (Lundman & Hällgren Graneheim, 2011). Intervjuerna skrevs ut ordagrant och ljudfilerna raderades efter utskrift. Intervjuerna genomlästes av författarna var för sig för att få en uppfattning om innehållet och meningsbärande enheter relaterade till syftet plockades ut. Därefter gjordes gemensam jämförelse av utvalda meningsenheter och beslut togs vilka meningsenheter som relaterat till syftet kunde anses relevanta att inkludera, övriga meningsenheter exkluderades. Framgångsfaktorer och hinder identifierades. Utvalda meningsenheter kondenserades och kodades. Ur detta synliggjordes underkategorier och kategorier (se exempel i tabell 1).

Tabell 1. Exempel på hur meningsbärande enheter har kodats och kategoriserats.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Vi har ju drunknat i jobb med andra grupper... Neuropsyk har ju expanderat nåt så vansinnigt...som det är nu i och med att vi fått så mycket neuropsyk här... mer och mer patienter	Drunknat i jobb med andra grupper. Neuropsyk har expanderat. Mycket neuropsyk. Mer patienter.	Utökad uppdrag ger mindre patienttid.	Utökade arbetsuppgifter skapar prioriteringsproblem	Organisatoriska hinder

Forskningsetiska överväganden

Efter att ha fyllt i en etisk egengranskning enligt Etikkommittén Sydost kom vi till slutsatsen att vi inte kunde hitta några etiska hinder för att genomföra studien. Via muntlig information och informationsbrev uppfylldes informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

Resultat

Sammanfattning av resultatet presenteras först översiktligt som domäner, underkategorier och kategorier i tabell 2 och därefter i löpande text med citat.

Tabell 2. Beskrivning av domäner, underkategorier och kategorier.

Domäner	Underkategorier	Kategorier
Hinder	Tidsbrist	Organisatoriska hinder
	Bristande rutiner Prioritering av arbetsuppgifter	Personalhinder
	Utebliven/ofullständig screening Sjukdomens betydelse	Patienthinder
Framgångsfaktorer	Egna påminnelser Administrativt stöd	Administration
	Omvårdnad Personalens engagemang Patientutbildning Ömsesidigt förtroende Förhållningssätt	Motivationsarbete

Hinder

Organisatoriska hinder

Informanterna gav ett samstämmigt intryck när de beskrev den ökade arbetsbördan som ett framträdande hinder. I och med att uppdraget utökades med neuropsykiatri och innehöll både utredning och behandling av denna patientgrupp krympte utrymmet för psykospatienterna. Fler administrativa arbetsuppgifter i form av högre ställda krav på journalföring, upprättande av vårdplaner och diagnos- och åtgärdskodning, samt att ett större antal patienter skulle hanteras med samma resurser som tidigare, gavs som exempel. Informanterna förmedlade en känsla av otillräcklighet när allt inte hanns med och vissa saker som inte var ett absolut måste föll bort.

”Det är så mycket skit som inte är någonting, man lägger för mycket av arbetstiden på att inte träffa patienter”

”Psykospatienter kan vi inte ägna samma tid som tidigare”

Personalhinder

Det fanns inget enhetligt system för påminnelser om provtagning utan det lämnades upp till varje behandlare att hantera. Informanterna såg avsaknaden av en automatisk påminnelsefunktion i datajournalssystemet som en brist.

Det hade tidigare inte varit ett krav att genomföra screening för metabolt syndrom, vilket framfördes som en anledning till att det fått låg prioritet. Vidare angavs lågt intresse för provresultaten från läkarkåren som ett skäl till låg prioritering och bristande motivation hos personalen. Motivationen och intresset i kombination med arbetsbördan styrde personalens prioriteringar.

”svårigheter att hålla koll på vem och när man skall ta dom här proverna”

”läkarna frågar aldrig efter det här”

Patienthinder

Informanterna beskrev faktorer såsom att patienten skulle vara fastande vid provtagningen, stickrädsla och morgontrötthet som praktiska hinder. Graden av psykiatriska symtom och patientens förhållningssätt till sjukdomen ansågs påverka intresset för att delta i screening. En grupp av patienterna accepterade blodprovstagning, men vägrade att väga och mäta sig. Informanterna beskrev hur sjukdomsgraden påverkade patienternas intresse för screening och att kognitiva dysfunktioner gjorde det svårare att komma iväg till provtagning oavsett patientens egen ambition.

”patienten tyckte att det var kränkande att vi skulle väga och mäta”

”en del är stickrädda”

”jättesvår att få iväg på morgonen”

Framgångsfaktorer

Administration

Informanterna beskrev olika individuella lösningar för att komma ihåg; skriva på lappar, föra in i tidbok eller skriva listor. Som förbättringsmöjligheter föreslogs en påminnelsefunktion i datajournalssystemet, en sammanhållen tidsperiod för screening exempelvis metabol vecka en gång per år, antingen individuellt för varje behandlare eller gemensamt för enheten.

”använda datasystem så att man blir påmind”

”att man hade metabola veckan eller månaden”

Motivationsarbete

Informanterna upplevde sig vara väl medvetna om vilka svårigheter som de ställdes inför med avseende på patienternas begränsningar. Man sade sig dock ha en förståelse för hur dessa svårigheter skulle hanteras. Motivationsarbetet framhölls av informanterna som grunden för ett framgångsrikt hälsofrämjande arbete. Man betonade vikten av en förtroendefull dialog och en bärande relation med balans i ansvarsfördelning mellan personal och patient. Att kunna förmedla behovet av screening utan att störa vårdrelationen eller skrämna för medicinering upplevdes av informanterna som en nödvändig faktor för framgång.

Flertalet av informanterna nämnde konkreta stödåtgärder till patienten som avgörande för screeningens genomförande, exempelvis att följa med patienten till provtagning eller ringa och påminna. En tidigare genomförd patientutbildning nämndes som en positiv faktor i motivationsarbetet. Att diskutera livsstilsfrågor kunde vara en ingång till genomförande av provtagning. Personalen ansågs ha ett stort ansvar för att visa att det var viktigt med screening.

”man får vara lite aktiv i det här tror jag”

”man får vara lite pedagog”

”många gånger tar man ju upp livsstilsfrågor med kost och motion och frågar om dom vill gå och ta prover och så där”

Metoddiskussion

Val av metod

Vid metodvalet var utgångspunkten att undersöka personals erfarenheter av hinder och framgångsfaktorer för genomförande av metabol screening på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. En studies forskningsfråga avgör vilken metod som är lämplig att använda (Malterud, 2009). En kvalitativ ansats i form av intervjuer ansågs lämplig eftersom studiens syfte var att få en inblick i personalens kliniska erfarenheter och fånga deras resonemang kring vad som gjorts för att möjliggöra arbetet med metabol screening. Kvalitativa metoder används för att få veta mer om människors erfarenheter, upplevelser, tankar, förväntningar, motiv och attityder. Man kan fråga efter nyanser och innebörd i händelser och handlingssätt och då också bättre förstå varför människor gör som de gör. Kvalitativa metoder passar också för att utforska dynamiska processer som exempelvis interaktion och utveckling (ibid).

Vårt metodval kännetecknas av flexibla intervjusituationer som är inriktade på att uppmuntra informanten att dela med sig av sina erfarenheter och sina tankar. Det är vid dessa intervjuer varken nödvändigt eller önskvärt att ha en standardiserad intervjusituation, men den ska heller inte vara ostrukturerad. Ofta används en intervjuguide som dock inte bör följas alltför slaviskt, utan ge möjlighet till en öppenhet för vissa utvikningar från informanten. Man strävar efter öppenhet, men ska samtidigt hålla fast vid problemställningen för att optimera informationsinsamlingen som kan användas för att belysa ämnet (ibid). I aktuell studie användes en semistrukturerad intervjuguide som stöd för att hålla fokus på ämnet och för att säkerställa att samtliga frågeområden behandlades. Syftet var att optimera förutsättningarna för att inhämta ett rikt material att analysera. Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats utifrån Lundman & Hällgren-Graneheim valdes för att analysera materialet, vilket innebar att datamaterialet samlades in via intervjuerna och därefter genomfördes en analys av texten (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2011). Den kvalitativa ansatsen är oftast induktiv, man börjar med att samla in data och därefter formuleras begrepp. Detta kan jämföras med en

deduktiv ansats där data tolkas utifrån en teori eller ett begrepp och är mer hypotesprövande (ibid).

Förförståelse

I aktuell studie deltog tre författare varav två hade lång erfarenhet av aktuell målgrupp, medan en inte hade någon erfarenhet alls av målgruppen. Detta påverkade ämnesvalet och gjorde det också omöjligt att undvika viss förförståelse kring resultatet. Förförståelsen är ofta en betydelsefull del i forskarens motivation till val av tema, men kan också begränsa öppenheten för att upptäcka ny kunskap. Forskaren bör därför ha ett aktivt och medvetet förhållningssätt till sin förförståelse för att undvika begränsningar (Malterud, 2009). Erfarenhet av målgruppen, och därmed en viss förförståelse, kan dels ses som en styrka men också som en svaghet. En styrka utifrån god kunskap om målgruppen för metabol screening, insatta i den kliniska vardagen, bekanta med kulturen på arbetsplatsen och utifrån dessa aspekter möjlighet att ställa fördjupande följdfrågor under intervjuerna. Som en svaghet kan det ses utifrån att det finns risk för att förförståelsen blir styrande; man blir mindre lyhörd för nya infallsvinklar och därmed påverkas resultatet. Det vanligaste misstaget är att låta förförståelsen skymma den kunskap det empiriska resultatet hade kunnat få fram (ibid). Samtliga intervjuer genomfördes av två av författarna, varav en var den som saknade erfarenhet av målgruppen, vilket kan ses som en styrka utifrån förebyggande av påverkan av förförståelse.

Informanterna och intervjusituationen

Utifrån lämplighet gjordes ett medvetet val av informanter där inklusionskriterium var att metabol screening ingick i arbetsuppgifterna. De som inte uppfyllde detta kriterium exkluderades. Samtliga som uppfyllde inklusionskriteriet tillfrågades och gav samtycke till att delta.. Könsfördelningen var jämn med 4 män och 3 kvinnor, vilket är en styrka. En svaghet kan vara bristen på variation vad gäller informanternas ålder, alla befann sig i åldrarna 57-64 år med en medelålder på 60 år. Variationen var även liten vad gäller år i yrket; 35-46 år med ett genomsnitt på 41 år. Samtidigt är den stora sammanlagda erfarenheten en

styrka eftersom syftet var att undersöka personals erfarenheter kring arbetet med metabol screening. Yrkesmässigt var variationen god; 2 leg. sjuksköterskor, 4 skötare och 1 kurator/leg. psykoterapeut, vilket är en styrka. Vi anser inte att antalet intervjuer var för litet eftersom informanternas breda erfarenhet i ämnet och villighet att lämna information gav så omfattande och rikt material att ytterligare intervjuer troligen inte skulle ha förändrat resultatet.

Datansamlingen gjordes i intervjuform med semistrukturerade frågor utifrån en intervjuguide som informanterna fick ta del av innan intervjuerna genomfördes. Därmed gavs informanterna möjlighet att i förväg fundera kring sina erfarenheter. Ingen av författarna hade tidigare erfarenhet av intervjuer i forskningssammanhang. Däremot fanns stor erfarenhet av intervjuer från arbetet som sjuksköterska inom psykiatrisk öppenvård. Intervjuerna genomfördes i en lugn och avspänd miljö och med en vilja hos informanterna att låta oss ta del av deras erfarenheter, samtidigt som det fanns en nyfikenhet på studiens framtida nytta och användbarhet i praktiskt arbete. Flera informanter uttryckte önskemål om ett möte när studien var klar för att få ta del av resultatet, vilket också kommer att genomföras.

Giltighet

Giltighet handlar om resultatets sanningshalt, men också om hur forskarens förståelse och erfarenhet har påverkat resultatet (Lundman & Hällgren-Graneheim 2011). Därför har vikt lagts vid att redovisa metod, urval och analys på ett för läsaren tydligt sätt. Utifrån Lundman & Hällgren-Graneheims (2011) analysmodell delades först de meningsbärande enheterna in i domäner som utifrån syftet benämndes hinder och framgångsfaktorer. För att synliggöra hur kategorierna vuxit fram, utifrån meningsbärande enheter, via kondensering, koder och underkategorier för att slutligen bilda kategorier, presenteras detta i tabell. Att via citat ge läsaren en möjlighet att bedöma giltighet är en styrka (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2011). Triangulering användes i analysarbetet; meningsbärande enheter togs ut av var och en av författarna för att därefter genom gemensam diskussion och reflexion mynna ut i kategorier (Malterud, 2009). Detta styrker giltigheten. Ett lämplighetsurval gjordes och

samtlig personal som arbetade med metabol screening på aktuell mottagning deltog i studien vilket styrker giltigheten.

Tillförlitlighet

I denna studie har två av författarna genomfört samtliga intervjuer, vilka bandinspelades. Den som inte intervjuade var en av två som ordagrant skrev ut samtliga intervjuer. Samtliga tre författare analyserade därefter, först individuellt och därefter gemensamt, resultatet vilket vi anser ökar tillförlitligheten. Varje del i analysarbetet har präglats av reflexion och diskussion kring olika tolkningsmöjligheter.

Överförbarhet

Kunskap som skall delges andra måste vara överförbar. Det är läsaren som avgör om resultatet är överförbart, författaren kan bara skapa förutsättningar och ge förslag. För att hjälpa läsaren i denna bedömning är en noggrann beskrivning av urval, deltagare, datainsamling, analys och de omständigheter under vilka studien genomförts värdefull. I en kvalitativ studie är forskaren delaktig genom samspelet i intervjun och påverkar därmed det insamlade resultatet. Tolkningsprocessen och resultatet är beroende av forskaren och dennes förståelse. (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2011).

I kvalitativa studier används begreppet överförbarhet, att jämföra med generaliserbarhet då det gäller kvantitativa studier, som ett sätt att antyda att det finns gränser för hur studiens resultat kan överföras (Malterud, 2009). Därför har även i detta syfte strävats efter noggrannhet i beskrivningen av de olika faserna i studien och vad gäller miljö och sammanhang där studien genomförts. Vi anser utifrån detta att resultatet kan vara överförbart till andra psykiatriska mottagningar som arbetar med screening för metabolt syndrom.

Resultatdiskussion

Studiens syfte var att på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning undersöka personals erfarenheter av screening för metabolt syndrom hos neuroleptikabehandlade personer med psykosdiagnos. Vi har valt att omväxlande använda begreppen sjuksköterska, personal eller vårdgivare beroende på sammanhanget de används i. Med informanter avses de personer som vi intervjuat. Resultatet visade personalens beskrivning av hinder och framgångsfaktorer. Hinder kunde kategoriseras som organisatoriska eller personal- och patientrelaterade. De framgångsfaktorer som utkristalliserades kunde sammanföras till kategorierna administration och motivationsarbete. Det framkom även idéer kring förbättringsmöjligheter.

Informanterna

På den aktuella mottagningen fanns en lång erfarenhet av att arbeta i psykiatrisk vård och av aktuell målgrupp. Informanterna hade arbetat inom psykiatrin mellan 35-46 år och samtliga hade deltagit i screeningarbetet sedan det påbörjades på mottagningen 2004. Arbetet genomfördes då i mindre omfattning och innehöll inte några mätningar utöver blodprovstagning.

Informanterna var väl medvetna om sin viktiga roll, men också om att det fanns en del försvårande omständigheter för att genomförandet av metabol screening skulle vara möjligt. De beskrev dels organisatoriska hinder och dels hinder ur personal- och patientperspektiv. De framgångsfaktorer som beskrevs byggde mycket på respekt för vårdrelationens betydelse, omvårdnadens aspekter och ömsesidigt förtroende mellan personal och patient. Detta kan kopplas till Nyströms beskrivning av begreppet vårdrelation vilket hon menar kännetecknas av ett professionellt engagemang och bygger på vårdgivarens förmåga att omsätta sin kunskap och erfarenhet i patientarbetet (Nyström, 2009).

Sjuksköterskans roll

Vi har valt HPM som teoretisk referensram eftersom modellen lyfter fram den hälsofrämjande aspekten (bilaga 1). HPM framhåller vårdgivarens betydelse för att öka eller minska

individens engagemang, vilket ligger i linje med hur sjuksköterskans roll i att bedriva hälsofrämjande och motivationsarbete anges i kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005). Här betonas att sjuksköterskan i detta arbete i dialog med patienten ska följa upp patientens tillstånd och motivera till att delta i undersökningar och behandlingar. Därutöver ska sjuksköterskan, utifrån patientens egna resurser, aktivt förebygga hälsorisker och motivera till en hälsofrämjande livsstil, samt vid behov stödja patienten individuellt eller i grupp. Modellens koppling till studien är screeningens hälsofrämjande syfte, betydelsen av personalens engagemang i motivationsarbetet och vikten av ömsesidighet i vårdrelationen.

Personer med psykosjukdom behandlas med mediciner som ökar risken för viktuppgång och därmed också risken att drabbas av metabolt syndrom. Denna ökade risk har uppmärksammats i flera studier (Newcomer & Haupt, 2006; Sacks, 2004; Waterreus & Laugharn, 2009). Den medicinska aspekt som är ursprunget till att behovet av screening uppmärksammats ligger också i linje med sjuksköterskans kompetensområde då det gäller såväl omvårdnads- som medicinsk vetenskap (Socialstyrelsen, 2005). Även Nyström (2009) tar upp betydelsen av goda medicinska kunskaper hos personalen, både för att förstå vikten av uppdraget och för att kunna diskutera och förklara nyttan med screening för patienten. Utöver detta behöver personalen kunskap om innebörden i begrepp som helhetssyn, autonomi, integritet, delaktighet och vårdrelation, vilka utgör viktiga grundstenar i allt omvårdnadsarbete, för att motivera patienten till medverkan.

Resultatet visade att personalens engagemang är av stor betydelse för att screeningen ska bli genomförd. Detta överensstämmer med artiklar som tar upp sjuksköterskans viktiga roll inom psykiatrisk vård när det gäller upptäckt och skötsel av metabolt syndrom (Usher et al., 2006). Även Edward et al. (2010) menar att sjuksköterskan ska arbeta utifrån ett holistiskt synsätt och att den ökade risken att utveckla metabolt syndrom ska beaktas i planering, behandling och uppföljning.

Organisation

Resultatet av studien visade på organisatoriska hinder, framför allt prioriteringsproblem som orsakats av utökade arbetsuppgifter. Ett återkommande tema i intervjuerna var informanternas upplevda tidsbrist på grund av att målgruppen på mottagningen utökades. Detta medförde både utökade arbetsuppgifter och större antal patienter att fördela sin tid till. Dessutom startades flera behandlande verksamheter, dels inom den psykiatriska öppenvården och dels i samverkan med andra vårdgivare, vilka skulle bemannas med befintlig personalresurs. Detta sammantaget gav prioriteringsproblem och informanterna menade att tidigare fungerande stödsystem för screeningarbetet hade raserats. Informanterna upplevde bristen på fungerande påminnelse-system som ett hinder. Det var svårt att hålla reda på av vem och när screening skulle genomföras. Som åtgärdsförslag framfördes tankar om automatisk påminnelse i datajournalssystemet och specifik tidsperiod årligen med fokus på metabol screening. Vidare framhölls lågt intresse för resultatet från framförallt läkarna som en för personalen motivationssänkande faktor. Detta menar vi är olyckligt då studien tydligt visar personals positiva betydelse för arbetet och att motivationen i sig är bidragande till hur prioriteringar görs. Detta verifieras också i Penders modell, där vårdgivare beskrivs som viktiga för den interpersonella påverkan som kan öka eller minska engagemanget hos individen (Pender et al., 2006). Vid intervjuerna framkom i vissa fall ett ifrågasättande huruvida metabol screening egentligen var mottagningens uppgift eller om det borde genomföras på hälsocentralerna. Hägg et al., (2006) menar dock att de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna har en god möjlighet att följa upp och göra skillnad för patienter som behandlas med neuroleptika. Man hänvisar till relativt täta återbesök, men också hög förekomst av metabolt syndrom. Här nämns speciellt den patientgrupp som behandlas med klozapin. Detta läkemedel är inte förstahandsvalet vid psykosbehandling, men har ofta god effekt på svårt sjuka psykospatienter där andra neuroleptika inte fungerat. Preparatet kan dock ge allvarliga biverkningar, framförallt påverkan på blodbilden, och kräver därför regelbunden provtagning. Vårt resultat bekräftar detta; informanterna beskrev denna patientgrupp som lättare att motivera till screening just utifrån de faktorer Hägg et al.(2006) tar upp.

Patientens roll

Ett hinder kopplat till patientgruppen var en ovilja att våga sig, vilket ledde till ett ofullständigt resultat. Denna svårighet ansågs enbart förekomma bland kvinnliga patienter och det framkom funderingar kring könsbundna mönster och förväntningar kring detta specifika hinder för fullständig screening. Informanterna beskrev att vissa patienter uppgett känslor av kränkning och skam i samband med frågan om just vikt. I intervjuerna framkom respekt för vårdrelationen och betydelsen av att som vårdgivare göra individuella ställningstaganden för att värna denna. Patientens autonomi ansågs gå före ett fullföljande av screeningen.

Som hindrande faktor framhölls också kognitiva svårigheter orsakade av sjukdomen, men även stickrädsla och morgontrötthet. I flera intervjuer påpekades hur man på olika sätt erbjöd hjälp i syfte att underlätta för patienten och för att kompensera dessa svårigheter. Exempel på underlättande åtgärder från informanternas sida var att skjutsa till provtagning, att påminna om kravet på att vara fastande, att följa med till provtagningen som stöd. Vi anser att dessa uttalanden styrker att uppföljning i första hand bör ske på psykiatriska öppenvårdsmottagningar för att optimera förutsättningarna för att screening genomförs och i nästa steg, i de fall felvärden upptäcks, följas upp på hälsocentralerna. Ett gott samarbete mellan dessa mottagningar och andra adekvata specialister är också något som betonas i kliniska riktlinjerna (2010) och även styrks av Hägg et al. (2006).

Personalens roll

Ett flertal exempel gavs på betydelsen av aktivitet från personalens sida i motivationsarbetet. Informanterna betonade vikten av att sköta sin del i uppdraget gentemot patienten och angav uppföljning av resultatet som en viktig faktor. Resultatet av studien visade att det krävdes hög motivation hos vårdgivaren för att prioritera den tid som krävdes för metabol screening, framförallt gällde detta de patienter som behövde en mer omfattande personalinsats för att fullfölja arbetet.

De framgångsfaktorer resultatet visade på var till stor del kopplade till personalens engagemang, tidigare beskrivet i form av att underlätta för patienten att ta sig till provtagning, påminnelse och stöd.

Återkommande var också vikten av en bra vårdrelation som stöd i motivationsarbetet och ett ömsesidigt förtroende då frågan togs upp. Behovet av att informera om riskfaktorer kopplade till neuroleptika och att samtidigt motivera till nödvändig medicinering som en del i behandlingen, kan utöver medicinska kunskaper och relationsskapande förmåga även kräva att "man får vara lite pedagog" som en informant uttryckte det.

Det pedagogiska inslaget i hälsofrämjande arbete har tidigare uppmärksammats och speciella program riktade till målgruppen har utarbetats. Studier har visat på nyttan av program riktade till målgruppen med syfte att främja viktnedgång och hälsosammare levnadsvanor (Park, Usher & Foster, 2011; Klam, McLay & Grabke, 2006).

Vi fann att inslag av förebyggande åtgärder fanns på den aktuella mottagningen, framför allt vad gäller viktuppgång då man årligen mätte BMI utifrån då gällande rutiner. Dessutom erbjöds patientutbildning med fokus på levnadsvanor, i samarbete med kommun eller arbetsterapeut och sjukgymnast, som ett komplement till screeningarbetet. Därför anser vi att studien även innehåller personals erfarenheter av hälsofrämjande åtgärder. Detta knyter an till Penders modell där det betonas att sannolikheten till en positiv beteendeförändring ökar om det finns tillgång till viktiga personer som kan utgöra modeller som uppmuntrar och stöttar.

Konklusion

En metabol vecka har utkristalliserat sig som ett samstämmigt förslag på en åtgärd som bör implementeras i verksamheten.

Tillgång till bil på mottagningen är ett bra hjälpmedel för att kunna stödja patienterna.

Påminnefunktion i datajournalssystemet angavs som ett möjligt hjälpmedel.

Det egna engagemanget hos personalen är av avgörande betydelse för ett framgångsrikt screeningarbete.

Klinisk implementering

Denna kvalitativa studie har förhoppningsvis åter belyst behovet av metabol screening för aktuell målgrupp. De riktlinjer som redan då studien påbörjades var utarbetade har aktualiserats och implementeringen av dessa påbörjats. En högre efterfrågan av resultatet av

genomförd screening, framförallt från läkarkåren, efterlystes av informanterna för att öka den egna motivationen till att prioritera upp arbetet. Riktlinjerna lägger huvudansvaret för samverkan med andra medicinska specialiteter på verksamhetschefen, ansvaret för motverkan och upptäckt av eventuell metabol avvikelse på förskrivande läkare varför man kan ha förhoppningar om ett ökat intresse från deras sida. Resultatet visar på två konkreta förbättringsmöjligheter: att fokusera på metabola faktorer och screeningarbete under en viss tidsperiod årligen, samt att via datajournalssystemet få stöd i en minnesfunktion. I kombination med ökad följsamhet till riktlinjerna ser vi dessa förslag som rimliga och genomförbara åtgärder för förbättring.

Förslag på vidare forskning

Vi tycker att det vore av intresse om motsvarande studie genomfördes med fokus på patientens erfarenheter.

Ett annat förslag är att länsövergripande forska vidare på vad som händer i nästa steg, det vill säga hur följs resultaten upp, vilka behandlingar och rekommendationer kan bli aktuella och hur väl följer patienterna dessa.

Referenser

Brown, S., Birtwistle, J., Roe, L., & Thomson, C. (1999). The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 29, 697-701.

Edward K-L., Rasmussen., B. & Munro, I. (2010). Nursing Care of Clients Treated with Atypical Antipsychotics Who have a risk of developing Metabolic Instability and/or Type 2 Diabetes. *Archives of Phychiatric Nursing*, 1, 46-53.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber utbildning.

Eriksson, L.& Pelling, H. (2003/2004). *Psykosser*. S. Bogentoft (Red.), Läkemedelsboken (s.841-849). Apoteket AB.

Halldórsdóttir, S. (1996) *Caring and uncaring encounters in nursing and healthcare – developing a theory*. Linköping: Linköpings universitet, institutionen för omvårdnad, Diss.

Hägg, S., Lindblom, Y., Mjörndal, T. & Adolfsson, R. (2006). High prevalence of the metabolic syndrome among a Swedish cohort of patients with schizophrenia. *International Clinical Psychopharmacology*, 21, 93-98.

Klam, J., MacLay, M. & Grabke, D. (2006). Personal Empowerment Program. *Journal of Psychosocial Nursing*, 8, 20-28.

Lindfors, N., Jarbin, H., & Lindström, K. (2011/2012). *Psykosser*. H. Ramström (Red.), Läkemedelsboken (s.1057- 1070). Läkemedelsverket.

Lundman, B.,& Hällgren Graneheim, U. (2011). Kvalitativ innehållsanalys. Monica Granskär & Birgitta Höglund-Nielsen (red), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso – och sjukvård*, (s 159-172). Lund: Studentlitteratur AB.

Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder I medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Nyström, M (2009). Vårdrelationer i vardagsrelationer med vacklande hälsa. F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens Grunder, Perspektiv och förhållningssätt*, (s 409-424). Studentlitteratur AB.

Newman, S. C., & Bland, R. C. (1991). Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study. *Canadian journal of Psychiatry*, 36, 239-245.

Newcomer, J.W., & Haupt D.W. (2006). The metabolic effects of antipsychotic medications. *Canadian Journal Of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 51(8) 480-491.

Park, T., Usher, K., & Foster, K. (2011). Description of a Healthy lifestyle intervention for people with serious mental illness taking second-generation antipsychotics. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 428-437.

Pender, N., J., Murdaugh, C., L., & Parsons, M., A. (2006). *Health promotion in nursing practice*. Sixth edition. New Jersey: Pearson Education.

Quick Reference to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). American Psychiatric Association, 1994.

Sacks, F.M. (2004). Metabolic syndrome: epidemiology and consequences. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 65, Suppl 18: p. 3-12.

Snellman, I. (2009). Vårdrelationer – en filosofisk belysning. Febe Friberg & Joakim Öhlén (red), *Omvårdnadens Grunder, Perspektiv och förhållningssätt*, (s 377-407). Studentlitteratur AB.

Socialstyrelsen, (2003). *Vård och stöd till patienter med schizofreni – en kunskapsöversikt*. Stockholm: Elanders Gotab AB.

Tarlier, D. S. (2004) Beyond caring the moral and ethical bases of responsive nurse-patient relationships. *Nursing Philosophy*, 5, 230-241.

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders - Diagnostic Criteria for Research WHO, 1993.

Usher, K., Foster, K & Park, T. (2006). The Metabolic syndrome and schizophrenia: the latest evidence and nursing guidelines for management. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing*, 13, 730-734.

Waterreus AJ., & Laugharne JDE, (2009). *Screening for metabolic syndrome in patients receiving antipsychotic treatment: a proposed algorithm*, (190) 185-189.

Etikkommittén Sydost

[http://www.bth.se/hal/eksydost.nsf/bilagor/Etisk_egengranskning_doc/\\$file/Etisk_egengranskning.doc](http://www.bth.se/hal/eksydost.nsf/bilagor/Etisk_egengranskning_doc/$file/Etisk_egengranskning.doc) [2012-09-05]

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf [2012-11-12]

Svenska Psykiatriska Föreningen., Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri., Svensk Förening för Diabetologi., Svensk Internmedicinsk Förening., Svenska Cardiologföreningen., & Svensk Förening för Obesitasforskning. (2010). *Kliniska riktlinjer – att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom* H Hämtad den 10 maj 2012

<http://www.svenskpsykiatri.se/documents/2010/metabolrisk.pdf> [2012-05-10]

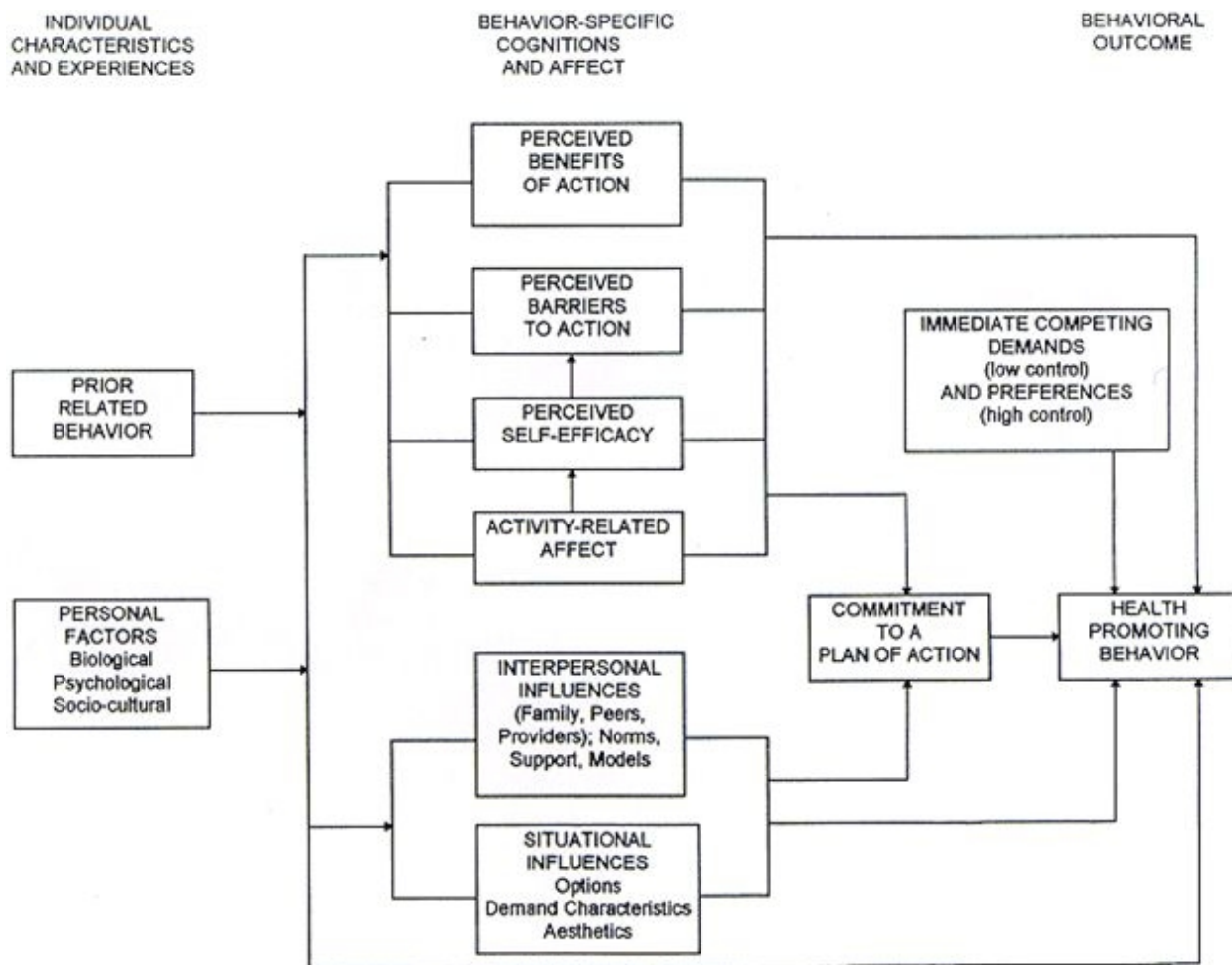
Enligt European Group for the study of Insulin Resistance, [(EGIR), 1999]

http://eurheartjsupp.oxfordjournals.org/content/7/suppl_D/D3/T2.expansion.html [2012-11-20]

Värdegrund i omvårdnad (2010) (svensk sjuksköterske förening).

<http://www.swenurse.se/Publikationer--Remisser/Publikationer/Etik/VARDEGRUND-FOR-OMVARDNAD-UTE/> [2011-11-20]

Bilaga 1



Revised Health Promotion Model

Till verksamhetschef

Studie i syfte att undersöka personalens erfarenheter av hinder och framgångsfaktorer för genomförande av screening för metabolt syndrom hos neuroleptikabehandlade personer med psykosdiagnos

Vi är tre sjuksköterskor som studerar vårdvetenskap vid Linnéuniversitetet. I vårt examensarbete har vi valt ovanstående ämne.

För studiens genomförande önskar vi intervjua personalen vid XXXXX i XXXXX.

Deltagandet i studien är frivilligt och konfidentiellt, inga namn kommer att kopplas till personer i studien. Vi kontaktar deltagarna genom att skicka ut ett informationsbrev till samtlig personal på enheten, kompletterat med muntlig information.

Om du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till någon av oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar,

Lars-Göran Johansson
Tel. 0480-81565
E-post: lars-goran.johansson@ltkalmar.se

Jörgen Ninn
Tel. 0766-492300
e-post: jorgen.ninn@mil.se

Birgitta Tingberg
Tel. 0490-86388
E-post: birgitta.tingberg@ltkalmar.se

Ulla Peterson, Med. Dr, handledare
Tel 0480-44 67 01
E-post: ulla.peterson@lnu.se

Jag ger härmed tillstånd till intervju för ovanstående studie på min klinik.

.....
Underskrift

.....
Namnförtydligande

XXXXX den

Bilaga 3

Information om studien ” Att undersöka personalens erfarenheter av hinder och framgångsfaktorer för genomförande av screening för metabolt syndrom hos neuroleptikabehandlade personer med psykosdiagnos”

För att få svar på ovanstående, kommer personal vid en psykiatrisk öppenvårdsmottagning att intervjuas enskilt av två intervjuare. Om Du väljer att medverka i studien, kommer Du tillsammans med oss, att samtala om Dina erfarenheter av screening för metabolt syndrom hos denna patientgrupp. Vi kommer att träffas vid ett tillfälle. Intervjun beräknas att ta maximalt en timme i anspråk.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan när som helst under samtalets gång välja att avbryta Din medverkan utan att Du behöver ange något skäl till detta. Dina svar kommer att bearbetas på ett sådant sätt att de inte kan härledas till Dig som person. Intervjun spelas in på ljudband och skrivs ut i text, därefter raderas ljudbanden.

Resultatet av studien kommer att presenteras som en kandidatuppsats vid Linnéuniversitetet. Intresseanmälan lämnas till Birgitta Tingberg.

Dag, tid och plats för samtalen överenskommes med Birgitta Tingberg.
För ytterligare frågor kontakta nedanstående

Lars-Göran Johansson
Tel. 0480-81565
E-post: lars-goran.johansson@ltkalmar.se

Jörgen Ninn
Tel. 0766-492300
E-post: jorgen.ninn@mil.se

Birgitta Tingberg
Tel. 0490-863888
E-post: birgitta.tingberg@ltkalmar.se

Ulla Peterson, Med. Dr, handledare
Tel 0480-44 67 01
E-post: ulla.peterson@lnu.se

Intresseanmälan

Jag önskar delta i studien ” Att undersöka personalens erfarenheter av hinder och framgångsfaktorer för genomförande av screening för metabolt syndrom hos neuroleptika behandlade personer med psykosdiagnos”

Namn _____

Adress _____

Telefon _____ Träffas säkrast _____

Intervjuguide personal

Kön:

Ålder:

Yrkeskategori:

Antal arbetade år i psykiatrisk vård:

Vad är din erfarenhet av arbetet med screening av metabola riskfaktorer hos neuroleptikabehandlade personer med psykossjukdom?

Vad har fungerat bra?

Vad har fungerat mindre bra?

Hur skulle man kunna vidareutveckla motivationsarbetet?

Kan du beskriva ett framgångsrikt motivationsarbete som du genomfört?

Kan du beskriva ett mindre lyckat motivationsarbete som du genomfört?

Egna reflektioner.