



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Kandidatnivå

Hinder och möjligheter vid livsstilsförändringar hos personer med allvarlig psykisk sjukdom

En litteraturstudie

Barriers and possibilities in changes in lifestyle among people with severe mental illness

Författare: Sven Håkansson och Ulrica Nykvist

Handledare: Anna Swall

Examinator: Jan Florin

Ämne/huvudområde: Omvårdnad

Kurskod: VÅ2022

Poäng: 15 hp

Examinationsdatum: 20170103

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej

Sammanfattning

Bakgrund: Många patienter med psykisk sjukdom har en livsstil som genererar livsstilssjukdomar på grund av brister i egenvården. Detta genererar lidande och samhällskostnader men är något som kan förhindras. Sjuksköterskan har möjlighet att i en holistisk anda förbättra för patienten med hjälp av interventioner.

Syfte: Syftet är att beskriva vilka hinder och möjligheter som påverkar patienter med allvarlig psykisk sjukdom till livsstilsförändringar.

Metod: Detta är en litteraturstudie där författarna har sökt och granskat vetenskapliga artiklar i olika databaser. I materialet hittades olika teman som har sammanfattats i resultatet.

Resultat: De stora hindrena för att förändra sin livsföring är den psykiatriska sjukdomen och den medicinering den kräver. Sjukdomen innebär ofta sociala problem, lågt självförtroende och ångest. Medicinering ger sederig och viktökning. Generellt upplevs gruppaktiviteter som positivt då det ger struktur åt aktiviteter och socialt stöd från andra patienter. Uppmuntran från andra patienter och från personalen är viktig, vars attityd kan vara avgörande. Genom interventioner går det att förändra parametrar som vikt, motionsgrad och kunskap om livsstils hos patienterna.

Konklusion: Med ett holistiskt förhållningssätt där patientens alla livsdelar ses som viktiga går det förändra livsstilen för patienter med psykisk sjukdom så att den blir mer hälsosam. Förändringar kräver att hänsyn tas till sjukdomen och medicinering samt att patienten får mycket stöd i en intervention som är individanpassad, men gärna i grupp.

Nyckelord: hälsa, intervention, litteraturstudie, livsstil, psykisk sjukdom

Abstract

Background: Patients with severe mental illness often experience physical illness as a result of poor lifestyle choices and lack of self care acts. This generates suffering and costs for society. But it is preventable; nurses can work to improve the health of her patient by motivating the patient to participate in health intervention.

Aim: To describe obstacles and potentials that affects patients with severe mental illness in health promoting lifestyle changes.

Method: Literature review

Result: The big obstacles in changing lifestyle are the psychiatric illness and the medication that it involves. Mental illness is often generating in social problems like anxiety and low self esteem. Medication results in weight gain. Group activities are generally viewed as positive and gives structure to daily life and social support. The interventions result in health gains considering weight, activity, knowledge and eating habits.

Conclusion: With a holistic view, nurses can help changing the lifestyle of patients with severe mental illness. Group interventions are to be preferred. Interventions must be implemented in line with the illness cycles and the medication.

Keywords: health, interventions, literature review, lifestyle, mental illness

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Hälsa och livskvalitet	1
Livsstil och ohälsa	1
Egenvård	2
Psyksiska sjukdomar	3
Betydelse för samhället.....	4
Sjuksköterskan.....	4
Interventioner.....	5
Problemformulering.....	6
Syfte	6
Frågeställningar	6
Metod	6
Design.....	6
Inklusions- och exklusionskriterier.....	6
Litteratursökning	7
Granskningsmetod	8
Analysmetod.....	8
Etiska överväganden	9
Resultat	9
Hinder.....	9
Möjligheter.....	10
Personalens roll.....	11
Interventionernas effekt på hälsa.....	12
Diskussion	13
Sammanfattning av resultat.....	13
Resultatdiskussion	13
Metoddiskussion.....	16
Etikdiskussion	17
Konklusion	17
Slutsats.....	17
Klinisk nytta för samhället.....	18
Förslag till vidare forskning	18
Referenser	19

Inledning

Denna studie handlar om hur vårdpersonal inom psykiatri kan motivera patienter med psykisk ohälsa att leva hälsosammare. Genom att ta reda på patienternas och personalens uppfattningar om hinder och möjligheter till livsstilsförändringar hoppas vi kunna ge oss själva insikt om vad som kan göras och hur det kan göras. Vi undersöker också resultatet av interventioner där målet varit att förändra livsstilen hos patienter. Vi har båda gjort praktik inom psykiatri och upplevt att många patienter har problem med sin livsstil och känner att det finns mer att göra för patienterna inom livsstilsområdet.

Bakgrund

Hälsa och livskvalitet

WHO:s definition av hälsa är “ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykisk och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom” (World health organisation, 2000). Vad i en individs välbefinnande, eller frånvaro av välbefinnande, som beror på vilken faktor kan vara svårt att reda ut då de fysiska, psykiska och sociala sfärerna är beroende av varandra och tillsammans skapar en helhet (Hedelin, Jormfeldt & Svedberg, 2009; Ottosson & Ottosson, 2007).

Livskvalité är, precis som hälsa, kopplat till individens egna upplevelser, känsla av sammanhang, relationer samt fysiskt och psykiskt välbefinnande enligt Imogene King. Individens upplevda livskvalitet påverkas av omgivningen och tidigare erfarenheter. King menar att varje människas verklighet speglas av tidigare erfarenheter och att varje människa är unik och speglas av det sammanhang hon befinner sig i och det bemötande hon får (Sieloff Evans, 1991).

Livsstil och ohälsa

Enligt WHO kan alltså de faktorer som påverkar hälsan, hälsodeterminanter, delas in i tre huvudgrupper; sociala och ekonomiska faktorer; faktorer som är relaterade till den fysiska miljön; samt faktorer som är relaterade till individuella karaktäristika och beteenden, där den sista gruppen utgörs av livsstilsfaktorer som den enskilde själv kan påverka som kost, fysisk aktivitet, droger och riskfyllt beteende (World health organisation, 2000).

Kost har stor påverkan på hälsan och fetma, BMI \geq 30, ökar risken för ohälsa och sjukdomar som stroke, högt blodtryck, magcancer, hjärtkärlsjukdomar, diabetes typ 2, psykisk ohälsa och muskuloskelettala sjukdomar. Fysisk aktivitet har många hälsofrämjande faktorer som att muskelmassan ökar och kroppsfettet minskar; blodtryck sänks, blodfetter minskar samtidigt som det goda kolesterolet ökar; inflammationen i blodkärlen minskar; och det mentala välbefinnandet, sömnkvaliteten, konditionen och stresståligheten ökar. Vid frånvaron av fysisk aktivitet riskeras motsatsen. Användandet av droger klassificerade som narkotika och tobak, samt överkonsumtion av alkohol, är klarlagt som skadligt för hälsan och leder till flera olika följsjukdomar med ohälsa som resultat. Riskfyllt beteende innebär ökat risktagande i trafiken och i fritidsaktiviteter, ett ohälsosamt förhållande till alkohol och andra droger, att riskera sexuellt överförbara sjukdomar. Självmordsförsök och självmord är handlingar som är resultatet av ett riskfyllt beteende (Ringsberg, 2013).

Egenvård

Enligt Virginia Hendersson är egenvård den vård som patienten själv utför eller skulle kunna utföra om hen hade krafter, vilja och kunskap. Om patienten saknar kraft, vilja och kunskap är det sjuksköterskans uppgift att utföra eller motivera till egenvårdshandlingar (Meriläinen, 1985). Psykisk ohälsa utgör ofta ett begränsande funktionshinder som gör det svårt att utföra egenvårdshandlingar, ibland under en längre tid (Nationell psykiatrisamordning, 2006). Egenvård kan vara svårare att utföra vilket får till följd att livsstilen genererar sjukdomar och livsstilssjukdomar (Socialstyrelsen, 2012).

De egenvårdshandlingar som ofta blir störda är förmågan att säga nej till tobak, alkohol och andra droger samt nedsatt förmåga att äta hälsosamt och motionera (Gordon, Hulatt & Shiers, 2012). Detta leder till att personer med allvarlig psykiatrisk sjukdom har signifikant ökad risk att drabbas av en rad olika somatiska sjukdomar däribland högt blodtryck och diabetes typ 2, med allmänt lägre livskvalitet som resultat (Carney, Jones & Woolson, 2006).

Psykiska sjukdomar

Allvarlig psykisk ohälsa definieras på enligt följande två kriterier: att sjukdomstillståndet är behandlat under en period som överstiger två år; och att det internationella psykiatriska samfundet inkluderar sjukdomen bland allvarlig psykiska sjukdomar (American Psychiatric Association, 2000; Ruggeri, Leese, Thornicroft, Bisoffi & Tansella, 2000). Bland de sjukdomar som räknas till de allvarliga psykiatriska sjukdomarna hör schizofreni, schizoaffektivt syndrom och bipolär sjukdom (Carney et al., 2006; Gordon et al., 2012).

Schizofreni finns i olika varianter som paranoid schizofreni, kataton schizofreni och schizoaffektivt syndrom. De är svårt att skilja mellan varianterna då de går in i varandra. Ett sätt att särskilja dem är att se till om symtomen är negativa eller positiva. Vid negativa symtom tenderar patienten att bli passiv, apatisk och känslotom medan positiva symtom innebär vanföreställningar, hallucinationer och tankestörningar. Sjukdomen innebär svårigheter att knyta an och upprätthålla kontakten med andra människor. Orsakerna till sjukdomen är en kombination av ärftlighet och utvecklingsstörning, samt påverkande faktorer som droger och stress. Schizoaffektivt syndrom innebär en samsjuklighet med affektiva syndrom, förenklat bipolärt syndrom, vilket innebär maniska eller depressiva perioder (Ottosson & Ottosson, 2007).

Den organiska orsaken till psykotiska sjukdomar som schizofreni är förändringar i hjärnan. Nervbanor som använder dopamin är överaktiva men denna överaktivitet kan dämpas med hjälp av antipsykotiska läkemedel. Dessa läkemedel botar inte tillståndet men reducerar tankestörningar, vanföreställningar och hallucinationer. Många behöver medicineras livet ut. Dessa läkemedel verkar bättre på positiva symtom än negativa och ger som bieffekt trötthet, dämpad oro och dämpad aggressivitet. Sidoeffekterna kommer av att läkemedlen ger en oönskad blockering av receptorer som styr andra funktioner däribland mättnad (Spigset, 2014). Utan korrekt medicinering mot bl.a. psykoser är det svårt att nå fram till patienten och få till stånd livsstilsförändringar. Det finns även sedan 1800-talet en känd koppling mellan diabetes typ 2 och genetiska faktorer (Carney et al., 2006; Gordon et al., 2012).

Tillstånd som fetma, diabetes och blodfettrubbningar är nästan dubbelt så vanligt hos patienter med schizofreni (McDaid & Smyth, 2015). Livsstilsfaktorer som stillasittande och dåliga matvanor leder till ökad risk för ohälsa, vilket tillsammans med ökad suicidrisk, förkortar livslängden med 25 år jämfört med resten av befolkningen. Diabetes typ 2 och andra livsstilssjukdomar kan effektivt behandlas med livsstilsförändringar där patienten motiveras till egenvård för att nå bättre hälsa och högre livskvalitet (Socialstyrelsen, 2016).

Betydelse för samhället

I dag vårdas enbart 30 000 till 40 000 personer för schizofreni i Sverige (Socialstyrelsen, 2011) och till den siffran tillkommer de med annan psykisk sjukdom. Ungefär 40 procent av sjukförsäkringskostnaderna i Sveriges beror på psykisk sjukdom. Kostnaderna för psykiatrisk vård och omsorg, samt de samhällseliga kostnader som utgörs av förlorade arbetsinsatser, beräknas årligen till 70 miljarder kronor. Om sjukvården kan främja hälsan hos personer med psykisk sjukdom genom omvårdnadsåtgärder skulle detta leda till minskade kostnaderna för sjukvården (Socialstyrelsen, 2013).

Sjuksköterskan

Sjuksköterskan ska ha en humanistisk människosyn och arbeta holistiskt och därmed se till alla delar som skapar välbefinnande med hänsyn till de fysiska, psykiska och sociala aspekterna (Hedelin et al., 2009). Vid vård av personer med mental ohälsa finns det en risk att missa helheten och att vården riktas och begränsas mot att behandla den psykiatriska sjukdomen (Carney et al., 2006). Hälsa är ett mångdimensionellt begrepp som är beroende av livskvalitet och välbefinnande. Patientens hälsa och välmående påverkas av många olika faktorer i livet samtidigt som de olika faktorerna påverkar varandra. Det är därför nödvändigt för sjuksköterskan att arbeta holistiskt och se alla dimensioner och därmed att kunna ge god omvårdnad (Hedelin et al., 2009).

Många psykiatriska sjukdomar är kroniska men mycket kan göras med medicinsk behandling, omvårdnad, rehabilitering och stöd från samhället (Ottosson & Ottosson, 2007). Sjuksköterskans roll i omvårdnaden blir att första skapa en relation där upplevelser och tankar kan delas så att bekymmer och besvär kan

kommuniceras. Detta ger möjlighet att tillsammans analysera livsstilen och hitta alternativ, till eventuell destruktivitet, där egenvård kan främjas utan att integriteten skadas (Skärsäter, 2013). Ett sätt är att stärka patientens empowerment. Empowerment, egenmakt, innebär att patienten känner att den har kontroll och makt över sin personliga, sociala och miljömässiga situation (Elgán & Fridlund, 2013). Psykisk sjukdom är stigmatiserande och många patienter upplever sig annorlunda behandlade efter besök i slutenvård och känner sig bortvald och undviker därför sociala situationer, vilket inverkar negativt på individens empowerment (Lundberg, Hansson, Wentz & Björkman, 2009).

Ur omvårdnadsperspektiv har sjuksköterskan en viktig position för individen att sätta upp och nå sina empowermentstärkande mål. Ett salutogent perspektiv på hälsa vid psykisk ohälsa är att se till de faktorer som ger och upprätthåller patientens hälsa som motion och god kosthållning (Elgán & Fridlund, 2013). Vid psykisk ohälsa är det lätt att fokus hamnar på sjukdomen och inte den egenvård som patienten själv kan klara att utföra med rätt stöd. Vid rätt tillfälle kan sjuksköterskan att göra en intervention för att skapa en hälsosammare livsföring (Skärsäter, 2013). Att tidig hitta och behandla faktorer som negativt påverkar den fysiska hälsan ökar möjligheten att stoppa sjukdom och för tidig död hos en av samhällets svagare grupper (Cherian & Beer, 2007; Stanley & Laugharne, 2013).

Interventioner

En intervention handlar om en insats för att hjälpa någon med dess psykiska eller fysiska hälsa (Socialstyrelsen, u.å). En intervention kan se olika ut beroende på individens behov och förmåga att anpassa sig till olika situationer. Den kan t.ex. ske i grupp över en längre tid där deltagarna får tillfälle att reflektera över hur deras liv ser ut, hur de mår och känner och samtala om möjligheter, eller enskilt vid ett tillfälle (Langius-Eklöf, 2013).

Det finns olika tekniker för interventioner där ett är motiverande samtal, *motivational interviewing* (Hunt, 2011, s.68), som från början användes som stöd vid alkoholism. Genom samtal ska deltagarna utforska sina känslor kring ämnet, komma till insikt, förändra sina handlingar och beteende. Målet är använda individens inneboende motivation som anses kraftfullare än när påverkan kommer

från yttre faktorer. Tekniken bygger på olika förändringsteorier där förändringen sker gradvis och individen befinner sig i olika faser (Hunt, 2011).

Problemformulering

Förutom lidande innebär förekomsten av livsstilsrelaterade sjukdomar hos personer med psykisk sjukdom kostnader för samhället som skulle kunna minskas med holistiskt synsätt på individen där somatiska sjukdomarna hos personer med mental ohälsa tas på större allvar. Frekvensen av livsstilsrelaterade sjukdomar är högre hos personer med allvarlig mental ohälsa. Sjuksköterskan kommer att möta människor med psykisk sjukdom eller ohälsa var hen än arbetar. Uppsatsen skrivs för att undersöka hinder och möjligheter vid livsstilsförändringar, som främjar hälsan och ökar livskvaliteten, hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom.

Syfte

Syftet är att beskriva vilka hinder och möjligheter som påverkar patienter med allvarlig psykisk sjukdom till livsstilsförändringar.

Frågeställningar

- Hur kan vårdpersonal motivera patienter med psykisk sjukdom till livsstilsförändringar?
- Vilken effekt på livsstilsförändringar har interventioner för patienter med psykisk sjukdom?

Metod

Design

Denna studie är en litteraturöversikt där artiklar systematiskt valts ut och granskats med hjälp av förutbestämda mallar och ett vetenskapligt förhållningssätt (Willman, Stoltz & Bahtsvani, 2006).

Inklusions- och exklusionskriterier

Följande krav ställdes på artiklar till denna studie: publicerade mellan åren 2006 - 2016; engelskspråkiga, peer reviewed, fritt tillgängliga i fulltext, publicerade i ansedda vetenskapliga tidskrifter och ett gott betyg vid granskning, se granskningsmetod nedan. Artiklarna granskades och graderades utifrån granskningsmallar, se bilaga I och II. Artiklar som inte levde upp till de etiska

kraven i denna studie eller inte gav svar på syfte och frågeställningar har exkluderats. (Willman et al., 2006).

Litteratursökning

MeSH – termer (Karolinska Institutet, u.å.) användes för att hitta rätt sökord på engelska. Följande sökord användes i olika kombinationer för att hitta artiklar som berörde studiens syfte: *schizophrenia, diabetes, motivational interviewing, motivation, mental illness, mental hygiene, lifestyle, nurseing, health transition, intervention* och *health* (Willman et al., 2006).

Sökorden användes sedan i databaserna Cinahl, Pubmed och Psycinfo. Cinahl därför att det är den största databasen riktad mot omvårdnad, Pubmed för att inte missa något hos de mer medicinskt inriktade publikationerna och slutligen Psycinfo därför att den är riktad mot psykiatri vilket stämmer överens med denna studies syfte.

Först söktes brett med termer som *diabetes* och *mental illness* var för sig, vilket gav allt för stort sökresultat. Termerna kombinerades sedan med hjälp av den Booleska sökoperatorm *AND*. Antalet artiklar minskade och gjorde det möjligt läsa sammanfattningar, *abstract*. Om sammanfattningen av artiklarna visade att innehållet sammanföll med denna studies syfte lästes artiklarna i sin helhet. Sökningarna i databaserna som gav resultat redovisat i tabell 1 (Willman et al., 2006).

Tabell 1. Sökstrategi av utvalda artiklar samt antal träffar, antal lästa och utvalda artiklar

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal utvalda artiklar till resultat, n=15
Cinahl	Diabetes AND	8795	0	0	0
	Mental illness	88	16	9	5
Cinahl	Diabetes AND	8795	0	0	0
	Schizophrenia	41	6	2	2
Cinahl	Schizophrenia AND	1615	0	0	0
	Health	647	5	3	2
Cinahl	Mental illness AND	9952	0	0	0
	Intervention AND	1710	0	0	0
	Lifestyle	52	7	2	1
PubMed	Diabetes AND	256753	0	0	0

	Mental illness AND Motivational interviewing	8472 9	0 4	0 2	0 1
PubMed	Diabetes AND Mental illness AND Health transition	256753 8472 47	0 0 5	0 0 1	0 0 1
PubMed	Diabetes AND Schizophrenia AND Nursing	256753 1030 32	0 0 5	0 0 3	0 0 1
PsycInfo	Diabetes AND Mental illness AND Motivational interviewing	18916 1144 9	0 0 5	0 0 3	0 0 1
PsycInfo	Schizophrenia AND Health AND Nursing AND Lifestyle	51834 29775 850 22	0 0 0 3	0 0 0 1	0 0 0 1
PsycInfo	Mental illness AND Intervention AND Lifestyle	38770 8119 250	0 0 14	0 0 2	0 0 2

Granskningsmetod

Vid granskningen av artiklarna använde vi de mallar som Högskolan Dalarna föreslog för kvantitativ analys, bilaga I, och kvalitativ analys, bilaga II. De mallarna är modifierade versioner utifrån Willman, Stoltz, & Bahtsevani (2006) och Forsberg & Wengström (2008).

Därefter kvalitetsgraderades artiklarna utifrån tidigare nämnda granskningsmallar, se bilaga I och II. Artiklarna poängbedömdes med hjälp av mallarna. Vid 80-100 % av poäng ansågs artikeln ha hög kvalitet, 70-79 % mellankvalitet och 60-69 % låg kvalitet. Målet var att merparten av artiklarna skulle vara av hög- eller mellankvalitet. Om en artikel inte nådde upp till låg kvalitet exkluderades den från denna studie (Willman et al., 2006).

Analysmetod

Båda författarna av detta arbete läste igenom de artiklar som valts ut för granskning. Artiklarnas resultat har var för sig sammanställts, se bilaga III, och sedan jämförts med varandra. Vid granskningen av artiklarna fann författarna att artiklarnas resultat hade olikheter och gemensamma nämnare som gick att kategorisera. Slutligen sammanfattades, jämfördes och diskuterades dessa kategorier i förhållande till artiklarna och uppsatsens syfte, och sammanställdes i teman. När författarna uppnått konsensus sammanställdes resultatet (Willman et al., 2006).

Etiska överväganden

De studier som tagits med har alla godkänts av etiska kommittéer. Artiklarna har grundligt lästs igenom och diskuteras för att undvika att vi inte misstolkat dess innebörd och inte heller förvanskat resultatet av artiklarna. Inga artiklar har valts bort beroende på resultat. Artiklarna har granskats utifrån granskningsmallar för att säkerställa att resultatet baseras på artiklar av god kvalitet (Willman et al., 2006).

Resultat

Resultatet baseras på 18 studier gjorda mellan 2006 och 2016. Granskningen gav fyra huvudkategorier och kan ses nedan under rubrikerna hinder, möjligheter, personalens roll och interventionernas effekt på hälsa.

Hinder

Den psykiatriska sjukdomen som ett hinder var ett genomgående tema i samtliga artiklar. Sjukdomen upplevdes påverka självförtroendet och självkänslan negativt samt gjorde det svårt att skapa struktur och planera vardagen (Johnstone, Nicol, Donaghy & Lawrie, 2009). Sjukdomen gav tillsammans med medicineringen brist på energi och motivation (McDevitt, Miller, Snyder, & Wilbur, 2006; Rastad, Åsenlöf & Martin, 2014; Shor & Shalev, 2013).

Ångest, social fobi och rädsla för panikattacker gjorde det svårt att besöka en träningsanläggning för allmänheten (Rastad et al., 2014). I gruppaktivitet var social fobi ett hinder men var något som ibland endast var initialt jobbigt och kunde minska efter tag när sociala relationer skapades. Då blev gruppaktiviteten något positivt i stället (Roberts & Bailey, 2013). Lågt självförtroende var ett hinder för att börja motionera (Johnstone et al., 2009). Brist på självkänsla kom från tidigare negativa erfarenheter (Johnstone et al., 2009; Cullen & McCann, 2015) och frånvaro av stöd från omgivningen (Roberts & Bailey, 2013).

I samtliga artiklar nämndes de negativa bieffekterna av den antipsykotiska medicineringen. Specifika bieffekter som sedering, svettningar, darrningar (Johnstone et al., 2009), stela muskler, sömnhet, brist på motivation (Cullen & McCann, 2015), trötthet, svaghet och hunger gjorde det svårare att leva hälsosamt.

Hungern som medicineringen gav beskrivs som konstant, och resulterade i övervikt. Patienterna beskrev hur medicineringen gav lägre självkänsla då den resulterade i en känsla av att vara annorlunda (Johnstone et al., 2009; Shor & Shalev, 2013).

Att ha övervikt eller fetma upplevdes som ett stort hinder för att börja motionera (McDevitt et al., 2006; Cullen & McCann, 2015; Fraser et al., 2015; Roberts & Bailey, 2013; Shor & Shalev, 2013), men var också ett av de starkaste incitamenten till att börja motionera (Roberts & Bailey, 2013). Det fanns också andra somatiska tillstånd som försvårade möjligheterna till förändring, såsom olika smärttillstånd, ont i benen (Rastad et al. 2014; Fraser et al., 2015), smärta efter operation (Fraser et al., 2015) eller tidigare skador (Cullen & McCann, 2015). Ett problem var att många aktiviteter och utrustning, som ändamålsenliga skor eller cyklar, kostade pengar (Rastad et al., 2014; Cullen & McCann, 2015; Shor & Shalev, 2013).

I två av artiklarna fanns önskemål från kvinnorna om att få motionera utan närvaro av män (Fraser et al., 2015; McDevitt et al., 2006) eftersom de roade sig på deras bekostnad (McDevitt et al., 2006). Det fanns även önskemål om att motionsgrupperna borde vara uppdelade efter individernas förmåga att träna. I en av artiklarna var kvinnorna generellt mer positiva till fysisk aktivitet (Fraser et al., 2015) och i en annan nämndes inte kvinnor när männen pratade om fysisk aktivitet.

Möjligheter

Många levde ensamma och isolerade sig. Dessa upplevde gruppträning och undervisning i grupp som ett bra tillfälle att socialisera sig och lära känna andra (Rastad et al., 2014; Roberts & Bailey, 2013). Gruppaktiviteter sågs av många som positivt. Att inte vara del i en grupp innebar mindre stöd till fysisk aktivitet. Medpatienter innebar ett tillfälle att möta andra med samma typ av problematik och att kunna känna grupptillhörighet (Cullen & McCann, 2015). Umgänge med andra som hade likande problem gav en känsla av att vara accepterad och gjorde det lättare att ge och få stöd (Johnstone et al., 2009; Rastad et al., 2014). I en undersökning angavs viktminskning som den viktigaste anledningen till fysisk

aktivitet och ett tillfälle att träffa andra som den minst viktiga orsaken (Chapman, Brown, Burton, Fraser & Whiteford, 2015).

Att genomföra en aktivitet gav ökad positiv självkänsla (Rastad et al., 2014). Att känna delaktighet i interventionen, att få vara med och påverka och visa sin nyvunna kunskap ökade självkänslan. Att det fanns bra förebilder, i form av patienter med liknande problem som lyckats, stärkte den egna självbilden (Roberts & Bailey, 2013). Den mest uppskattade fysiska aktiviteten var promenader (Chapman et al., 2015; Rastad et al., 2014).

Personalens roll

Personalens sociala roll för förändring nämns i samtliga artiklar vara av stor betydelse då de var viktiga som inspiratörer och igångsättare av aktiviteter. Att inte bara vårdpersonal inom öppenvården eller på sjukhus var insatt utan att även eventuell annan personal, som gyminstruktörer, var insatta i individernas problematik var viktigt (Cullen & McCann, 2015). Eventuellt kursmaterial behövde vara tillgängligt för all personal (Robert & Bailey, 2013).

I en undersökning angavs att deltagarna inte önskade att sjuksköterska eller läkare var ledare för den fysiska aktiviteten (Fraser et al., 2015).

Sjuksköterskorna uppgav att sjukdomen gör det svårt att engagera patienterna och att det gäller att passa på när sjukdomen tillåter det. (Scott, Happell & Platania-Phung, 2013). Sjukdomen sågs inte som lika viktig hos sjukgymnasterna som inte tyckte att dess negativa (13 %), eller positiva symtom (20 %), var något som det behövde tas hänsyn till. (Soundy, Freeman, Stubbs & Vancampfort, 2014). Det viktigaste enligt sjukgymnaster var att informera om fördelar med fysisk aktivitet (60 %), och att informationen är skriftlig (53,3 %). Vidare ansågs det viktigt hur informationen levereras då det var viktigt att förstå patientens behov (36 %), och att anpassa informationen till individen (27 %). Se till att patienten hade förstått tid och plats för aktiviteten (27 %). Sjuksköterskor informerade ofta, eller mycket ofta, om fördelarna med regelbunden fysisk aktivitet (64,7%), i olika miljöer (Soundy et al., 2014).

Interventionernas effekt på hälsa

Interventionerna bestod av program där deltagarna träffades regelbundet för att mottaga information om kost, träning och hälsosamt leverne. Programmen bestod utöver informationstillfällen av träningstillfällen där de under ledning tränade i grupp. Interventionerna var av olika längd och omfattning och medförde viktnedgång i olika grad. I samtliga granskade studier där vikt var en faktor som mättes kunde viktnedgång konstateras (Brown & Chan, 2006; Brown & Smith, 2009; Buettener, Foster, Park & Usher 2012; Daumit et al. 2013; Golshan, Griver, Kitchen, McKibbin & Wykes, 2009; Green et al. 2016; Naslund et al. 2016; Brown & Chan, 2006).

Det kunde utöver vikten även påvisas effekt på deltagarnas aktivitetsnivå. Bland annat mättes den gångsträcka testpersonerna färdades under sex minuters promenad. Interventionen bestod av kostrådgivning, träff med personlig tränare en gång per vecka samt ett gymmedlemskap. I slutet av interventionen kunde man konstatera att den sträcka som deltagarna kunde promenera inom satt tidsram hade (Naslund et al. 2016). Antalet steg per dag konstaterades ha ökat efter deltagande i interventionen (Verhaeghe et al. 2013). I flera studier jämfördes mängden aktivitet i interventionsgruppen gentemot en kontrollgrupp. Resultatet visade att aktivitet och träningsmängd hade ökat hos interventionsgruppen i slutet av interventionen (Brown & Smith, 2009). Motion distraherade och motverkade ångest, dåligt humör, minskade risken att bli psykotisk och fick inre röster att försvinna (Cullen & McCann, 2015; Rastad et al., 2014). Fysisk aktivitet gav energi, var avstressande och gav bättre sömn. All aktivitet var bra och en nyckel till återhämtning (Roberts & Bailey, 2013). Interventionerna gav olika svar gällande effekten på deltagarnas hälsa. Synlig effekt på generell hälsa oavsett grad av övervikt eller fetma kunde påvisas i en studie (Naslund et al. 2016). Däremot kunde ingen signifikant förbättring av den generella hälsan ses hos deltagarna i en annan studie (Brown & Smith, 2009).

Effekten på kostintag, framförallt gällande intag av fibrer och minskat intag av mättat fett, togs upp i flera studier. I en studie såg man att deltagarna ökade sitt intag av fiber och minskade intaget av mättat fett (Brown & Smith, 2009). I en

annan studie kunde ingen signifikant skillnad ses mellan interventionen och kontrollgrupp (Brown & Chan, 2006) .

Det framkom under en studie att deltagarna i interventionsgruppen hade ett lägre behov av medicinsk vård efter genomgången intervention (Green et al. 2016). I en studie rapporterade deltagarna att deras kunskap om diabetes ökade, som att äta balanserat, och att de blev noggrannare med egenvården, däribland blodsockerkontroller (McKibbin et al. 2009). Man kunde vid en uppföljning efter 12 månader se att blodsockernivåerna i snitt minskat från 106,3 mg/dL till 100,4 mg/dL, medans det i kontrollgruppen hade ökat i snitt från 106 till 109,5 mg/dL (Green et al. 2016).

Diskussion

Sammanfattning av resultat

Resultatet visade att det fanns faktorer som påverkade deltagarnas inställning till och upplevelse av deltagande. Anpassad information muntligt och skriftligt ansågs viktigt. Relationer till andra deltagare och handledare ansågs också vara betydelsefullt. Att den information som gavs var anpassad till mottagaren ansågs vara avgörande för att rekrytera och motivera deltagare till interventionerna. Informationen fick varken vara överväldigande, bristfällig eller tvetydig. I det avseendet var handledare och personals roll av stor vikt, de måste vara införstådda med interventionens syfte och tillvägagångssätt för att kunna ge samstämmig information. Det var även viktigt att informationen som nådde mottagaren var i fas med dennes sjukdom, det vill säga i en period där personen inte hade ett skov eller liknande.

Resultatdiskussion

Carney et al., (2006) visar att i likhet med denna litteraturstudie att allvarlig psykisk sjukdom har stor inverkan på individens hälsa. Hälsan påverkas dels av ångest och dels av annan problematik som resultat av den psykiska sjukdomen. Den medicinska behandling som är nödvändig för många personer med allvarlig psykisk sjukdom har negativ effekt på hälsan bland annat genom att orsaka ökad hunger som ofta leder till viktökning. I flera fall rapporterade deltagare att

övervikten orsakade följdproblematik, exempelvis smärta i kropp och leder. Inaktivitet till följd av överviktsproblematik och psykisk problematik ledde till inaktivitet.

Eftersom medicineringen i många fall av allvarlig psykisk sjukdom är nödvändig så återstod det att titta på andra faktorer som påverkar hälsa. Livsstil är en påverkbar faktor som orsakar ohälsa är därav ett område som borde ha stor betydelse inom psykiatrin. Resultatet visade viktnedgång hos deltagare. Dock saknades långsiktiga data som gör att man inte kan avgöra i vilken utsträckning resultatet ger långsiktiga hälsofrämjande resultat hos deltagarna.

Sjuksköterskan ska arbeta för att främja hälsa fysiskt, psykiskt och socialt. Vi fann att livsstilsfaktorer som kost och motion hade stor inverkan på detta. Ökad andel fysisk aktivitet kunde ses i flera studier, det är känt att detta främjar personer med allvarlig psykisk sjukdom på flera sätt. Fysisk aktivitet minskar ångest, underlättar sömn och ökar välbefinnandet (Cullen & McCann, 2015).

Många deltagare uppskattade socialt samspel med andra personer i samma situation. Det gav en känsla av tillhörighet, en faktor som är viktig för vårt välmående, livskvalitet och ökar individens empowerment (Langius-Eklöf, 2009).

Det framkom i flera studier att deltagarnas attityd till att delta i hälsofrämjande studier var negativ. Oro och rädsla för misslyckande och att vistas i ett sammanhang med okända människor rapporterades. Social fobi angavs som försvårande omständighet, detta gjorde att deltagare upplevde svårigheter med att påbörja interventionen där tvingat umgänge med okända i en offentlig miljö utgjorde en försvårande faktor. Deltagare berättar att oro och brist på självkänsla kunde spåras tillbaka till tidigare negativa erfarenheter. Detta är något som Imogene King utgår från i sina modeller för omvårdnad. Människan påverkas av tidigare erfarenheter och hur hon har blivit bemött. Kings interaktionsmodell beskriver hur sjuksköterskans bemötande påverkar patientens upplevelse och respons (Sieloff Evans, 1991). Det överensstämmer med vad studierna visade, att personal och handledares handlande i stor utsträckning påverkade deltagarnas

upplevelse av interventionen. Sjuksköterskans förmåga att kommunicera med patienten kan således vara direkt avgörande för huruvida patienten kan motiveras till att påbörja och upprätthålla en intervention i syfte att främja sin egen hälsa.

I ett par studier framkom det att kvinnliga deltagare kände sig obekväma med att träna i blandad grupp med män. Olämpligt beteende från män angavs som orsak och kvinnorna efterfrågade separata träningstillfällen där männen uteslöts. Den typen av problematik existerar i samhället i stort (Shrier et al., 2007). Det är viktigt att vara uppmärksam på detta för att inte riskera att kvinnor undviker att delta i interventioner riktade mot att förbättra hälsa och livsstil.

Deltagarnas ekonomi var annan faktor som visade sig påverka deltagandet. Därför kan det vara lämpligt att den typ av fysisk aktivitet som erbjuds inte kräver specialutrustning eller på annat sätt kräver stora inköp av patienten (Rastad et al., 2014). Det är viktigt att sjukvårdspersonalen främjar deltagande för alla som har ett behov av en sådan insats. Detta låter sig göras genom att anpassa aktiviteterna på ett sådant vis att ingen är förhindrad att delta på grund av ekonomiska orsaker. Virginia Hendersson beskriver i sin behovsteori att det är viktigt för vårdgivaren att lära känna sin patient och hennes behov för att på så vis kunna ge omvårdnad efter patientens behov. Målet med omvårdnaden ska enligt Henderssons teori vara att tillgodose människans grundläggande behov, där ingår att hjälpa patienten att upprätthålla sin hälsa och normala kroppsliga funktioner, i den mån det går. Sjuksköterskans insats anpassas till patientens behov och färdigheter (Meriläinen, 1985). Detta bör självklart även tillämpas gällande hälsa och kroppsliga funktioner hos personer med allvarlig psykisk sjukdom. Sjuksköterskan bör eftersträva att lära känna patientens färdigheter och behov för att kunna utföra erforderlig omvårdnad.

Som resultatet visar finns det hinder som komplicerar personalens arbete när det gäller patienter med allvarlig psykisk sjukdom. En försvårande faktor är de sociala hinder som kan uppstå i samband med allvarlig psykisk sjukdom, exempelvis social fobi, ångest och tendens att isolera sig. Därför är det viktigt att sjuksköterskan i möte med dessa patienter har tid att skapa en god relation och bygga upp ett förtroende för att därefter lära känna patientens behov.

Metoddiskussion

Detta examensarbete i omvårdnad är en litteraturstudie som baserar sig på vetenskapliga artiklar från ett stort geografiskt område. Metoden baseras på Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) som beskriver hur man går tillväga för att värdera vetenskapligt underlag. Genomförandet är i linje med Fribergs (2012) beskrivning av den vetenskapliga uppsatsen. Valet av litteraturstudie gjordes för att författarna ville få en uppfattning om hur forskningsläget ser ut gällande psykisk ohälsa och livsstilsfaktorer. En empirisk studie hade dock gett ett resultat som kanske skulle vara mer generaliserbart till svenska förhållanden.

Då det finns en röd tråd i resultaten trots att artiklarna kommer från skilda länder som Irland, Sverige, Israel, Australien och USA talar detta för att resultatet är tillförlitligt. En svaghet är dock att alla länderna hör till den västerländska sfären vilket möjligtvis gör resultatet relevant främst för denna del av världen.

Båda författarna har deltagit i sökandet av artiklar, vid analysen av artiklarna samt i författandet av uppsatsens olika delar. Artiklarna som denna studie baseras på är skrivna på engelska, något som har komplicerat arbetets gång i viss utsträckning då extern hjälp med översättning i form av översättningsprogram använts. Vid osäkerhet har författarna även konsulterat varandra för att diskutera frågor översättning av meningar och ord.

Litteratursökning har gjorts i databaserna Cinahl, Pubmed och Psycinfo vilka är viktiga databaser för omvårdnad, medicin och psykologi. Sökord diskuterades mellan författarna och prövades i olika kombinationer. Artiklarna som hittades bedömdes först efter rubrik och sammanfattning och valdes bort om det var uppenbart att de inte svarade mot syftet. Vid analys av artiklarna hittades fyra huvudspår. Detta gav ett brett resultat vilket kom sig av att brett syfte. Ett mer avgränsat syfte kunde ha gett ett snävare resultat där mängden påverkande faktorer reducerats. Mängden tillgängliga artiklar av god kvalitet styrde till viss mån studiens syfte under urvalets gång. Detta då författarna ville säkerställa att tillräcklig mängd vetenskapliga artiklar som svarade mot satta inklusions och exklusionskriterier fanns för analys.

Etikdiskussion

Den kunskap som finns i ämnet måste tillämpas av sjukvårdspersonal som möter personer med allvarlig psykisk sjukdom. Det är avgörande för sjuksköterskan och hur denne bemöter och vårdar personer med allvarlig psykisk sjukdom. För att kunna utföra sitt yrke i enlighet med aktuell lagstiftning ska sjuksköterskan arbeta personcentrerat. Att vara medveten om vilka hinder och möjligheter som finns och hur dessa påverkar patienten är en förutsättning för detta. Författarna ställer sig frågande till om tid och resurser för att vårda hela människan finns inom den psykiatriska vården. Den typen av interventioner som brukats i de analyserade artiklarna kräver sannolikt resurser över längre tid för att komma patienterna till nytta.

Författarna har haft intentionen att framställa resultatet från analyserade artiklar korrekt. För att se till detta har båda författarna analyserat samtliga artiklar skriftligt och muntligt för att motverka att resultaten misstolkats under analysen. Detta och att konsensus uppstått mellan författarna borgar för studiens tillförlitlighet.

Konklusion

Slutsats

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva vilka hinder och möjligheter som påverkar patienter med allvarlig psykisk sjukdom till livsstilsförändringar.

Resultatet gav fyra huvudkategorier där vi listade hinder och möjligheter som påverkade livsstilsförändringar. Sjukdomen och medicineringen för sjukdomen är ett stort hinder. Deltagarna är dock generellt positiva till gruppaktiviteter som ger struktur och samhörighet. Personalens attityder spelar stor roll då det påverkar självkänslan hos patienterna. Patienterna har ofta problem med sin självkänsla beroende på negativa erfarenheter. Livsstilsförändring ses som något positivt då fysiska aktivitet förknippas med välmående. Slutligen såg vi att olika interventioner där olika modeller för livsstilsförändring, som införande av fysisk aktivitet eller undervisning, testats. Viktnedgång registrerades hos nästan alla av de patienter som fullföljde interventionerna. Någon generell hälsoförbättring hos patienterna var dock svår att uppfatta.

Klinisk nytta för samhället

Nyttan av ett program där personer med allvarlig psykisk sjukdom får möjlighet till utbildning gällande hälsa och aktivitet kan enligt studierna vara av betydelse. Detta kräver god planering och lyhördhet där inblandad personal löpande utvärderar programmets upplägg för att kunna anpassa det efter de behov och önskemål som finns. Utöver att främja den enskilde deltagaren kan man i ett större perspektiv även se fördelar för samhället då det visade sig att deltagare i ett sådant program sökte vård för fysiska åkommor i mindre utsträckning (Green et al., 2015). I förlängningen kan det leda till att mindre resurser behöver läggas på att vårda allvarligt psykiskt sjuka inom den somatiska vården. Resurser kan istället läggas på införande av program som hjälper allvarligt psykiskt sjuka att återfå och bibehålla god hälsa. Trots att ingen studie gjorts på det långsiktiga resultatet av en intervention så tyder mycket på att det går att främja hälsan genom utbildning och tillhandahållande av träningstillfällen samt göra livsstilsförändringar som kan leda till ett minskat lidande, minskad kostnad för vård och ökad livskvalité. Troligtvis behöver patienterna långvarigt stöd, och kontakt med sjukvården, för ett gott resultat över tid.

Förslag till vidare forskning

Ytterligare studier i ämnet behövs, forskning bör göras inom Sveriges gränser för att utröna hur man på bästa sätt kan implementera kunskap för att öka insikten hos vårdpersonal och hjälpa personer som lever med allvarlig psykisk sjukdom. Vidare bör man se hur insatser kan anpassas för att passa in i den svenska sjukvården.

Det finns behov av mer kunskap i ämnet livsstilsförändring för personer med allvarlig psykisk sjukdom.

Referenser

American psychiatric association (2000). *Mini-D IV: diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. Danderyd: Pilgrim press.

Brown, S. & Chan, K. (2006). A randomized controlled trial of a brief health promotion intervention in a population with serious mental illness. *Journal of Mental Health* (10) s. 543-549. doi: 10.1080/09638230600902609

Brown, S. & Smith, E. (2009). Can a brief health promotion intervention delivered by mental health key workers improve clients' physical health: A randomized controlled trial. *Journal of Mental Health* (10) s. 372-378. doi: 10.3109/09638230802522460

Carney, C. P., Jones, L., & Woolson R. F. (2006). Medical Comorbidity in women and men with schizophrenia. *Journal of General Internal Medicine*, s. 1133-1137. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00563.x

Cullen, C. & McCann, E. (2015). Exploring the role of physical activity for people diagnosed with serious mental illness in Ireland. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, s. 58-64. doi:10.1111/jpm.12179

Daumit, G., Dickerson, F., Wang, N-Y., Dalcin, A., Jerome, G., Andersson, C., ... Appel, L. (2013) A behavioral weight-loss intervention in persons with serious mental illness. *The New England Journal of Medicine* (4) s. 1594-1602. doi: 10.1056/NEJMoa1214530

Elgán, C. & Fridlund, B. (2013). Vuxet vardagsliv. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 147-174). Lund: Studentlitteratur.

Forsberg C. & Wennström Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.

Fraser, S. J., Chapman, J. J., Brown, W. J., Whiteford, H. A. & Burton, N. W. (2015). Physical attitudes and preferences among inpatient adults with mental illness. *International journal of mental health nursing*, s. 413-420. doi: 10.1111/inm.12158

Friberg, F., Segesten, K., Östlundh, L., & Dahlborg Lyckhage, E. (2012). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.

Gordon, E., Hulatt, I., & Shiers, D. (2012). Protecting hearts and minds. *Mental Health Practice*, 16(4), s. 20-21.

Green, C., Yarborough, B., Leo, M., Yarborough, M., Stumbo, S., Janoff, S., ... Stevens, V. (2016) The STRIDE Weight Loss and Lifestyle Intervention for Individuals taking Antipsychotic Medications: A Randomized Trial. *Am J Psychiatry* 172(1): 71–81. doi:10.1176/appi.ajp.2014.1402017

Hedelin, B., Jormfeldt, H. & Svedberg, P. (2009). Hälsobegreppet: synen på hälsa och sjuklighet. I Friberg, F. & Öhlén, J. (Red.) *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt*, (s. 237-258). Lund: Studentlitteratur.

Hunt, J. (2011). Motivational interviewing and people with diabetes. *European diabetes nursing*, 8(2), 68-73.

Johnstone, R., Nicol, K., Donaghy, M. & Lawrie, S. (2009). Barriers to uptake of physical activity in community-based patients with schizophrenia. *Journal of mental health*, 18(6), s.523-532.

Karolinska institutet (u.å.). *Svenska MeSH*. Hämtat 7 september, 2016, från Karolinska Institutet <https://mesh.kib.ki.se/>

Langius-Eklöf, A. (2013). Känsla av sammanhang. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.) *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 95-111). Lund: Studentlitteratur.

Lundberg, B., Hansson, L., Wentz, E. & Björkman, T. (2009). Are stigma among persons with mental illness, related to perceptions of self-esteem, empowerment and sense of coherence?. *Journal of psychiatric nursing*, 2009(16), s. 516-522. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01418.x

McDaid, T. M. & Smyth, S. (2015). Metabolic abnormalities among people diagnosed with schizophrenia: a literature review and implications for mental health nurses. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22, s. 157-170. doi: 10.1111/jpm.12185

McDevitt, J., Snyder, M., Miller, A. & Wilbur, J. (2006). Perceptions of barriers and benefits to physical activity among outpatients in physical rehabilitation. *Journal of nursing scholarship*, 38(1), s. 50-55.

McKibbin, C., Golshan, S., Griver, K., Kitchen, K. & Wykes, T. (2009) A healthy lifestyle intervention for middle-aged and older schizophrenia patients with diabetes mellitus: A 6-month follow-up analysis. *Schizophrenia research* 121 (2010) s. 203–206. doi:10.1016/j.schres.2009.09.039

Meriläinen, P. (1985). Egenvårdsmodell. I S. Sinkkonen (Red.) *Vårdvetenskap* (s. 31-42). Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Naslund, A., Aschbrenner, K., Schreier, E., Pratt, S., Wolfe, R. & Bartels, S. (2016) Lifestyle Intervention for People With Severe Obesity and Serious Mental Illness. *American Journal of Preventive Medicine*. 50(2) s. 145–153. doi: 10.1016/j.ampere.2015.07.012

Ottosson, H. & Ottosson, J.-O. (2007). *Psykiatriboken*. Stockholm: Liber.

Rastad, C., Martin, C. & Åsenlöf, P. (2014). Barriers, benefits and strategies for physical activity in patients with schizophrenia. *Physical therapy*, 94(10), s. 1467-1479.

Ringsber, K.C. (2013). Livsstil och hälsa. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 263-290). Lund: Studentlitteratur.

Roberts, S. H. & Bailey, J. E. (2013). An ethnographic study of the incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness. *Journal of advanced nursing*, 69(11), s. 2514-2524. doi: 10.1111/jan.12136

Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177, s. 149-155.

Shor, R. & Shalev A.(2013). Identifying barriers to improve the wellness of persons with severe mental illness in community residential mental health facilities. *Social work in mental health*, 11(4), s. 334-348. doi: 10.1080/15332985.2013.779360

Sieloff Evans, C. L. (1991). *Imogene King a conceptual framework for nursing*. Newbury Park: SAGE Publications Inc.

Skärsäter, I. (2013). Psykisk ohälsa. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.) *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 711-791). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2003). *Vård och stöd till patienter med schizofreni: en kunskapsöversikt*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2012). *Att nå personer med psykisk ohälsa: uppsökande och informerande verksamhet*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2013). *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni: rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19150/2013-6-27.pdf>

Socialstyrelsen (2016). *Ohälsosamma matvanor hos vuxen med diabetes*.

Stockholm: Socialstyrelsen. Från

<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforsjukdomsforebyggandemetoder/sokiriktlinjerna/ohalsosammamatvanorhosvuxenmed18>

Socialstyrelsen (u.å.). *Ordlista till metodguiden för socialt arbete*. Hämtat 18

november, 2016, från Socialstyrelsen,

<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/metodguide/ordlista>

SOU 2006:5. *Vad är psykiskt funktionshinder: Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder*. Stockholm: Nationell Psykiatrisamordning.

Soundy, A., Freeman, P., Stubbs, M. & Vancampfort, D (2014). The value of social support to encourage people with schizophrenia to engage in physical activity: an international insight from specialist mental health physiotherapists. *Journal of mental health*, 23(5), s. 256-260. doi: 10.3109/0963237.2014.951481

Spigset, O. (2014). Läkemedel vid psykiska sjukdomar. I O. Spiset & H. Nordeng (Red.) *Farmakologi och läkemedelsanvändning* (s. 235-255). Lund: Studentlitteratur.

Stanley, S. & Laugharne, J. (2013). The impact of lifestyle factors on the on the physical health of people with a mental illness: a brief review. *International society of behavioral medicine*, 2014(21), s. 275-281. doi: 10.1007/s12529-013-9298-x.

Usher, K., Park, T., Foster, K., & Buettner, P. (2012) A randomized controlled trial undertaken to test a nurse-led weight management and exercise intervention designed for people with serious mental illness who take second generation

antipsychotics. *Journal of advanced nursing* 69(7), s. 1539–1548. doi:
10.1111/jan.12012

Verhaeghe, N., Clays, E., Vereecken, C., Maeseneer, J., Maes, L., Van Heeringen, C., Annemans, L. (2013) Health promotion in individuals with mental disorders: a cluster preference randomized controlled trial. *BMC Public Health* 13:657, s. doi:
10.1186/1471-2458-13-657

Willman, A., Stoltz, P. & Behtsvani C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur

World health organisation (2000). *WHO-Constitution: the first two chapters*. Hämtat 22 september, 2016, från <http://ldb.org/iphw/whoconst.htm>

Bilaga I

Granskningsmall för kvalitetsbedömning av kvantitativa studier.

		Ja	Nej
1.	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2.	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3.	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4.	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5.	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6.	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
7.	Är designen relevant utifrån syftet?		
8.	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9.	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10.	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11.	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12.	Är urvalsmetoden beskriven?		
13.	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14.	Finns populationen beskriven?		
15.	Är populationen representativ för studiens syfte?		
16.	Anges bortfallets storlek?		
17.	Kan bortfallet accepteras?		
18.	Anges var studien genomfördes?		
19.	Anges när studien genomfördes?		
20.	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
21.	Anges vilka mätmetoder som användes?		
22.	Beskrivs studiens huvudresultat?		
23.	Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?		
24.	Besvaras studiens frågeställningar?		
25.	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
26.	Diskuterar författarna studiens interna validitet??		
27.	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
28.	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
29.	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		

Maxpoäng: 29

Erhållen poäng: ?

Kvalitet: låg medel hög

Mallen är en modifierad version utifrån Willman, Stoltz, & Bahtsevani (2006) och Forsberg & Wengström (2008).

Bilaga II

Granskningsmall för kvalitetsbedömning av kvalitativa studier.

		Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
7	Är designen relevant utifrån syftet?		
8	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12	Är urvalsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundsvariabler?		
15	Anges var studien genomfördes?		
16	Anges när studien genomfördes?		
17	Anges vald datainsamlingsmetod?		
18	Är data systematiskt insamlade?		
19	Presenteras hur data analyserats?		
20	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
21	Besvaras studiens syfte?		
22	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
23	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
24	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
25	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

Maxpoäng: 25

Erhållen poäng: ?

Kvalitet: låg medel hög

Mallen är en modifierad version utifrån Willman, Stoltz, & Bahtsevani (2006) och Forsberg & Wengström (2008).

Bilaga III

Tabell 2. Sammanställning av artiklar (n=17) som ligger till grund för resultatet

Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Brown, S. & Chan K. 2006 Storbritannien	A randomized controlled trial of a brief health promotion intervention in a population with serious mental illness.	The paper describes a RTC designed to test the hypothesis that a brief, community-based package of lifestyle interventions, can produce significant improvements in weight, diet and exercise in a population with serious and enduring mental illness.	Kvantitativ Två grupper varav den ena som kontroll. 50 minuter hälsoundervisning, en gång i veckan, i sex veckor. Kontroll av parametrar som vikt, kunskap och motionsnivå. Vedertagna skattningsskalor för mätning av psykiskt mående.	n=28 (24 kvinnor och 4 män) Oppenvårdspatienter med allvarlig psykisk sjukdom som psykoser eller allvarlig personlighetsstörning.	Liten men signifikant förbättring gällande viktminskning samt ökad fysisk aktivitet jämfört med kontrollgruppen. Trend mot signifikant bättre mående. Båda grupperna började äta mer fibrer och mindre fett. Ingen skillnad gällande medicinering eller psykologiska faktorer.	Låg, 66 %
Brown, S. & Smith, E. 2009 Storbritannien	Can a brief health promotion intervention delivered by mental health key workers improve clients' physical health: A randomized controlled trial.	This study was therefore designed to evaluate the effectiveness of a low intensity health promotion intervention delivered by mental health key workers during the course of regular clinical activity.	Kvantitativ Deltagarna delades slumpmässigt upp i en testgrupp och en kontrollgrupp. Livsstilsrelaterade faktorer samt psykiskt mående mättes innan under och efter interventionen.	N=26 (18 kvinnor och 8 män) Patienter med allvarlig och lågvarig psykisk sjukdom som schizofreni och personlighetsstörning.	Vissa gjorde stora framsteg medan andra inte alls. Kontrollgruppen ökade i vikt och studiegruppen minskade i vikt, ingen signifikant skillnad. Interventionsgruppen ökade mängden fysisk aktivitet. Ingen skillnad gällande medicinering eller i psykiskt mående mellan grupperna.	Låg, 69 %
Cullen, C. & McCann, E. 2015 Irland	Exploring the role of physical activity for people diagnosed with serious mental	The aim of the study was to explore the role of physical activity for	Kvalitativ Subjektivt urval, halvstrukturerade och inspelade intervjuer, teman hittades och	n=10 (4 kvinnor och 6 män) Öppenvårdspatienter med diagnoserna schizofreni, schizoaffektivt	Fysisk aktivitet: är meningsfullt, ger positiv självbild, ger lindring av sjukdomen, utökar socialt nätverk,	Mellan, 76 %

	illness in Ireland.	people in Ireland who experience SMI.	konsensus uppstod bland författarna.	syndrom eller bipolärt syndrom.	livskvalitet, ger återhämtning. Hinder för fysisk aktivitet: personal behöver uppmuntra, miljön känns säker, sjukdomen, medicinering, brist på pengar, ur form, tidigare skador.	
Daumit, G., Dickerson, F., Wang, N-Y., Dalcin, A., Jerome, G., Andersson, C., Young, D., Frick, K., Yu, A., Gennusa, J., Oefinger, M., Crum, R., Charleston, J., Casagrande, S., Guallar, E., Goldberg, R., Cambell, L. & Appel, L. 2013 USA	A behavioral weight-loss intervention in persons with serious mental illness.	The purpose of our trial was to determine the effectiveness of an 18-month tailored behavioral weight-loss intervention in adults with serious mental illness who were attending community outpatient psychiatric rehabilitation programs.	Kvantitativ Slumpmässig uppdelning i kontrollgrupp och interventionsgrupp. Parametrar, som vikt och psykiskt mående, hämtade vid start samt 6-, 12- och 18-månader.	n=291 (146 kvinnor och 145 män) Överviktiga eller patienter med fetman i öppenvården med allvarlig psykisk sjukdom.	Interventionsgruppen visade signifikant viktminskning under hela studien jämfört med kontrollgruppen.	Hög, 86 %
Green, C. A., Yarborough, B. J. H., Leo, C. L., Yarborough, M. T., Stumbo, S. P., Janoff, S. L., Perrin, N. A., Nichols, G. A. & Stevens V. J. 2015 USA	The STRIDE weight loss and lifestyle intervention for individuals taking antipsychotic medications: a randomized trial.	We hypothesized that STRIDE intervention would be more effective than usual care reducing weight and improving glucose metabolism.	Kvantitativ.	n=200 (144 kvinnor och 56 män) Individer på två ställen delas upp i två grupper.	Signifikant skillnad gällande vikt och BMI vid 6 och 12 månader. Ingen signifikant skillnad gällande fasteinsulin, blodtryck eller blodfetter.	Hög, 83 %
Fraser, S. J., Chapman, J. J., Brown, W. J., Whiteford, H. A. & Burton, N. W. 2015 Australien	Physical attitudes and preferences among inpatient adults with mental illness.	The aim of this study, therefore, was to determine the attitudes towards an preferences for physical activity among	Kvantitativ Subjektivt urval, grunddata från journaler samt enkät, statistisk analys.	N=101 (73 kvinnor och 28 män) Inlagda patienter diagnostiserade med depression, ångest, bipolärt syndrom, schizofreni, schizoaffectivt syndrom,	Högt intresse av fysisk aktivitet, anledning till: viktkontroll, bättre mentalt mående. Promenader bäst, rutiner och ensamaktiviteter bra. Barriärer: energi och motivationsbrist,	Mellan, 79 %

		inpatient adults with mental illness.		posttraumatiskt stressyndrom eller annat.	medicineffekter, sjukdomssymtom, nedsatt fysisk förmåga. Kvinnor mer positiva till fysisk aktivitet och gärna med andra på samma nivå.	
Happell, B, Scott, D. & Platania-Phung, C. 2013 Australien	Survey of Australian mental health nurses on physical activity promotion.	To explore the views of nurses in mental health care of physical health services for consumers with SMI.	Kvalitativ Inspelade och könsuppdelade gruppintervjuer. Teman hittades och konsensus mellan författarna uppstod.	n=34 (18 kvinnor och 16 män) Öppenvårdspatienter meddiagnoserna depression, schizofreni, schizoaffectivt syndrom samt annat.	Önskar mer utbildning om fysisk aktivitet samt hjälp från andra yrken, sjukdomen styr till viss del, anser patientkategorin mer inaktiva, stödjer fysisk aktivitet, det behöver göras mer.	Hög, 84 %
Johnstone, R., Nicol, K., Donaghy, M. & Lawrie, S. 2009 Storbritannien	Barriers to uptake of physical activity in community-based patients with schizophrenia.	The aim of our investigation was to investigate barriers to physical activity uptake in community-based patients in Edinburgh.	Kvalitativ Randomiserat urval, inspelade intervjuer, teman hittade och konsensus uppnått.	n=27 (11 kvinnor och 16 män) Öppenvårdspatienter, diagnosticerade med schizofreni.	Barriärer: oerfarna av fysisk aktivitet, symtom från sjukdom, bieffekter av medicinering och ångest. Belöningar: ger önskad struktur i vardagen, lättare tillsammans med andra patienter, ger stöd, bra med program, då lättare engagera sig.	Hög, 92 %
McDevitt, J., Snyder, M., Miller, A. & Wilbur, J. 2006 USA	Perceptions of barriers and benefits to physical activity among outpatients in physical rehabilitation.	To explore perceives barriers and benefits to physical activity in people with serious mental illness (SPMI) who were enrolled in community-bases psychiatric rehabilitation.	Kvantitativ Inspelade könsseparerade intervjuer	n=34 (18 kvinnor och 16 män) Öppenvårdspatienter.	Barriärer: symtom från sjukdom, medicineffekter, fetma, befinna sig i rehabiliteringsprogram, osäker miljö för fysisk aktivitet. Vinster: mer positiv, mer energi, mår bättre, tar del av livet. Kvinnor önskar könsuppdelade aktiviteter. Hantera hinder: motiverande ledarskap, bra information, grupp ger stöd men ibland instängdhet.	Hög, 84%

McKibbin, C., Golshan, S., Griver, K., Kitchen, K. & Wykes, T. 2009 USA	A healthy lifestyle intervention for middle-aged and older schizophrenia patients with diabetes mellitus: A 6-month follow-up analysis.	Therefore, the purpose of this study is to evaluate treatment outcomes at 6-months after completion of the intervention.	Kvantitativ Patienter delas slumpmässigt upp i kontrollgrupp och interventionsgrupp. Parametrar som vikt och kunskap mäts vid starten, 6-månader och 12-månader.	N=52 (20 kvinnor och 32 män) Inkluderade i studien om äldre än 40 år samt diagnosticerad med schizofreni eller schizoaffektivt syndrom samt diabetes typ 2.	Signifikant skillnad mellan grupperna gällande midjemått och BMI. Skillnad gällande kunskap om diabetes typ 2 var signifikant. Ingen signifikant skillnad gällande blodsocker och energiförbrukning.	Låg, 62 %
Naslund, A., Aschbrenner, K., Schrerer, E., Pratt, S., Wolfe, R. & Bartels, S. 2016 USA	Lifestyle Intervention for People With Severe Obesity and Serious Mental Illness.	The purpose of this study was to examine the impact of the 12-month In SHAPE lifestyle intervention on weight loss among participant with serious mental illness who had severe obesity (class III) compared with participant who were overweight (BMI 25 to < 30) and had class I (BMI 30 <35) or class II (BMI 35<40) obesity.	Kvantitativ Deltagarna delades upp i kontrollgrupp och interventionsgrupp. Parametrar som vikt och blodtryck mättes innan och efter interventionen.	n=92 (100 kvinnor och 92 män) Deltagarna inkluderades i studien om BMI > 25, ålder>25, samt någon av diagnoserna: depression, bipolärt syndrom, schizofreni eller schizoaffektivt syndrom.	Signifikant viktnedgång men ingen skillnad beroende på BMI. Ingen signifikant skillnad i fitness mellan BMI klasserna, men alla grupper fick bättre värden. Signifikant skillnad i 5 % viktnedgång mellan grupperna. Färre patienter med högst BMI fullföljde interventionen.	PI11 Hög, 86 %
Rastad, C., Martin, C. & Åsenlöf, P. 2014 Sweden	Barriers, benefits and strategies for physical activity in patients with schizophrenia.	The aim was to study perception of barriers to and incentives for physical activity in daily living in patients	Kvalitativ Subjektivt urval, inspelade intervjuer, teman och konsensus.	n=20 (7 kvinnor och 13 män) Öppenvårdspatienter, schizofreni eller schizoaffektivt syndrom	Barriärer: sjukdomssymtom, negativa förväntningar, missförstånd, kroppsuppfattning, resursbrister. Belöningar: ger positiva förväntningar, resultat. Strategier: mentala förberedelser, personligt stöd.	Hög, 96 %

Roberts, S. H. & Bailey, J. E. 2013 Storbritannien	An ethnographic study of the incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness.	To explore incentives and barriers to engaging people with severe mental illness in an educational lifestyle programme to gain insights into the ways service users experience these interventions.	Kvalitativ Subjektivt urval, observation och inspelade intervjuer. Teman hittades och konsensus uppnåddes.	n=8 (2 kvinnor och 6 män) Öppenvårdspatienter. 7 patienter med schizofreni och en med personlighetsstörning.	Det sociala lockar vid interventioner, viktminskning viktigt, personalens stil och kunskap viktigt, patienterna önskar mer kunskap.	Mellan, 68 %
Shor, R. & Shalev, A. 2013 Israel	Identifying barriers to improve the wellness of persons with severe mental illness in community residential mental health facilities.	Identifying barriers to improve the wellness of persons with severe mental illness in community residential mental health facilities.	Kvalitativ.	N=84 (41 kvinnor och 43 män) Öppenvårdspatienter med lång tid av psykisk sjukdom..	Barriärer: medicineffekter, sjukdomssymtom, brist på stöd inom psykiatri, inget stöd, bristande kunskap hos patienterna.	Mellan, 76 %
Soundy, A., Freeman, P., Stubbs, M. & Vancampfort, D. 2014 Storbritannien	The value of social support to encourage people with schizophrenia to engage in physical activity: an international insight from specialist mental health physiotherapists	The aim of the current research is to consider, value and use of social support as a part of promoting a healthy lifestyle and physical activity for individuals with schizophrenia.	Kvalitativ Inbjudan till sjukgymnaster, medlemmar av The International Organization of Physical Therapists in Mental Health, att delta i en enkät via internet.	n=40 (30 kvinnor och 10 män) Sjukgymnaster med ett års erfarenhet, arbetande med patienter med schizofreni.	Fyra sorters stöd Informellt stöd. Sättet att berätta viktigt. Undervisa om de fysiska vinsterna med träning. Kompisrelation viktig. Pålitligt stöd: övervakad träning bra. Förbereda om platsen och deltagare. Belöningar och finansiellt stöd bedömdes, bra. Peppande stöd: positivt feedback även vid små framsteg eller aktiviteter. Känslomässigt stöd: tid så att patienten hinner uttrycka sig. Olika tekniker för att få patienter att öppna sig som aktivt lyssnande.	Låg, 68 %
Usher, K., Park, T., Foster, K. & Buettner, P. 2012 Australien	A randomized controlled trial undertaken to test a nurse-led weight management and exercise intervention designed for	To test the effect of a nurse-led intervention on weight gain in people with serious mental illness (SMI) prescribed and	Kvantitativ 12 veckor lång intervention.	N=101 (47 kvinnor och 54 män)	Liten viktminskning men inte signifikant jämfört med kontrollgruppen.	Hög, 86 %

	people with serious mental illness who take second generation antipsychotics.	taking second generation antipsychotic medication.				
Verahghle, N., Clays, E., Vereecken, C., De Maeseneer, J., Mea, L., Van Heeringen, C., De Barquer, D. & Annemans, L. 2013 Belgien	Health promotion in individuals with mental disorder: a cluster preference randomized controlled trial	This paper describes the result of a health promotion intervention targeting PA and healthy eating in individuals with MD living in sheltered housing in the Flanders region (Belgium)	Kvantitativ Boenden i öppenvården används som kluster där vissa används som kontrollenheter. Intervention i 10 veckor och sedan uppföljningen efter 6 månader.	n=200 (82 kvinnor och 119 män)	Från start till tio veckor (interventionen) gav signifikant skillnad i vikt, BMI, midjeomfång och andel kroppsfett, mellan grupperna. Störst skillnad för de som genomförde hela interventionen. Fysiskt aktivitet, mätt i antal steg per dag, ökade gradvis hos individerna under perioden i interventionsgrupperna. DOCK ingen skillnad mellan grupperna vid jämförelse mellan studiens start och efter sex månader, förutom gällande andel kroppsfett.	Hög, 83 %