



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap
Specialistsjuksköterskeprogrammet

Upplevelser och erfarenheter av medicinens biverkningar i
samband med viktökning hos personer med bipolär sjukdom.
En intervjustudie

Författare
Mai Dang

Handledare
Caisa Öster

Examensarbete i Vårdvetenskap 15 hp
Inriktning mot psykiatrisk vård
År 2016

Examinator
Ewa Billing

ABSTRACT.

Background: Living with bipolar disorder is difficult for many. The disease causes severe changes in emotional state. Medication is an important component in the treatment of bipolar disorder, but when this gives rise to serious side effects such as weight gain, it can lead to suffering of this population. **The purpose** of the study was to describe how bipolar patients experienced the medication's side effects associated with weight gain and their experience of dealing with it and the experiences of support as well as their expectations of health care within the current range. **Method:** A qualitative and descriptive design was used. The study group consisted of five women and one male patient from a hospital in central Sweden. **The main result** showed that participants experienced a great impact on the wellbeing and health of medication side effects such as weight gain. Through the participants suffered from the side effects that affected both the physical and mental health. All participants had gone through difficult struggles to manage weight gain and it took a lot of their own powers. Furthermore, they stressed that they had not been seen by the healthcare and their weight problems were not taken seriously. The participants experienced strong feelings and suffering from the medication side effects and weight gain, and there were expectations of getting support and information as well as continuous care to be able to feel safe in the treatment and experience and to have a better quality of life. **The conclusion** shows that people with bipolar disorder suffer a lot of the weight gain associated with medication side effects. It highlights that weight problems are difficult to manage and overlooked by the healthcare, making the quality of life of the patient difficult to maintain. That the problems are taken seriously and to get information and support in the area concerned was considered necessary in order to alleviate the suffering of care.

Keywords: Bipolar disorder, Medicine side effects, Patient experience, Support, Weight gain.

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Att leva med bipolär sjukdom är besvärligt för många. Sjukdomen ger upphov till allvarliga förändringar i känsloläget. Medicinering är en viktig del i behandlingen av bipolär sjukdom men när detta ger upphov till allvarliga biverkningar som viktökning kan det leda till lidande hos denna patientgrupp. **Syftet** med studien var att beskriva hur patienter med bipolär sjukdom upplever medicinens biverkningar i samband med viktuppgång och deras erfarenheter av att hantera det samt upplevelser av stödet och deras förväntningar på sjukvården inom aktuellt området. **Metod:** En kvalitativ och deskriptiv design användes. Undersökningsgruppen bestod av fem kvinnliga och en manlig patient från ett sjukhus i Mellansverige. **Huvudresultatet** visade att deltagarna upplevde en stark påverkan på välbefinnande och hälsa av medicinbiverkningar i form av viktökning. Genomgående led deltagarna av biverkningar som påverkade både det fysiska och psykiska måendet. Samtliga deltagare hade gått igenom svåra kamper för att hantera viktökning och det krävdes mycket av deras egna krafter. Vidare betonade de att de inte blivit sedda av sjukvården och deras viktproblem inte tagits på allvar. Deltagarna upplevde starka känslor och lidanden av medicinbiverkningar och viktökning och det framkom förväntningar på att få stöd och information samt kontinuerlig vård för att kunna känna sig trygg i behandlingen och få uppleva en bättre livskvalitet. **Slutsatsen** visar att personer med bipolär sjukdom lider mycket av viktökning i samband med medicinbiverkningar. Det belyser att viktproblem är svårhanterbart och förbisett av sjukvården, vilket gör att livskvalitén blir svår att bevara. Att problem tas på allvar och att få information samt stöd inom det aktuella området ansågs vara nödvändigt för att kunna lindra vårdlidande

Nyckelord: Bipolär sjukdom, Medicin biverkningar, Patientupplevelse, Stöd, Viktökning.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

ABSTRACT	2
SAMMANFATTNING	3
BAKGRUND	6
Bipolär sjukdom	6
Behandling	6
Biverkningar	7
Att leva med bipolär sjukdom	7
Samhällsperspektiv	8
Teoretisk referensram	9
Problemformulering	9
Syfte	9
Frågeställning	10
METOD	11
Design	11
Urval och undersökningsgrupp	11
Tillvägagångssätt	12
Datainsamlingsmetod	12
Dataanalys	13
Forskningsetiska överväganden	14
RESULTAT	15
Känslor av utsatthet	15
Känslor av värdelöshet	16
En utmaning att hantera biverkningar och det kräver mycket egen kraft	18
Ett bra stöd är information och individuellt bemötande i rätt tid	19
En trygg och säker vård med individuellt bemötande	21
DISKUSSION	23

Metoddiskussion.....	28
Slutsats	31
Examensarbetets betydelse.....	31
REFERENSER.....	32
BILAGA 1. FÖRFRÅGAN TILL DELTAGANDE I EN INTERVJU	36
BILAGA 2. FRÅGEGUIDEN	37

BAKGRUND

Bipolär sjukdom

Bipolär sjukdom är en psykisk sjukdom. Den förekommer hos människor i alla socialgrupper och är lika vanlig runt om i världen. Av alla vuxna i världen drabbas tre till fem procent (Kessler et al., 2007). Såväl kvinnor, män som barn kan få sjukdomen. Insjuknandet sker oftast första gången mellan 15 och 30 års ålder, ofta i tonåren (Kessler et al., 2007; Socialstyrelsen, 2011a).

Tidigare kallades bipolär sjukdom för manodepressiv sjukdom. Det är en psykisk störning med periodiskt förlopp. Där förekommer både maniska/ hypomana och depressiva perioder. Under *manisk* skov har man förhöjd sinnesstämning, är överaktiv och sömnbehovet minskar. Vid *hypomanisk* skov har man lindrigare maniska symtom med viss kontroll över sig själv. *Depression* vid bipolär sjukdom motsvarar ett skov av egentlig depression, där är man ofta nedstämd och glädjelös (Adler, 2014; Socialstyrelsen, 2011a).

Behandling

Behandling med läkemedel går främst ut på att minska svängningarna i humöret och förebygga återfall (Adler, 2014; Backlund, 2013; SBU, 2012; Socialstyrelsen, 2011b). Även psykologiska behandlingar används och fokuserar på att normalisera biologiska rytmer, minska bruk av nikotin, koffein och droger samt lära sig stresshantering (SBU, 2012; Socialstyrelsen, 2011b).

Läkemedel för bipolär sjukdom kan kategoriseras i tre huvudkategorier: de som används för att förhindra och stämningsstabilisera nya perioder, de som används för att behandla blandade eller maniska perioder och de som används för att behandla depression. De som används för att behandla blandade, maniska eller depressiva perioder är ofta högre i medicindos än de som används för stabilisering. Lider patienter av biverkningar under en behandling av en akut period, kan dessa försvinna när patientens tillstånd har stabiliserats och doseringen av mediciner har minskats (Adler, 2014).

I rekommenderad läkemedelsbehandling av mani används bl.a. litium, olanzapin, haloperidol, quetiapin, risperidon, aripiprazol, valproat och karbamazepin. Till en blandad sjukdomsperiod

kan t.ex. olanzapin, aripiprazol, quetiapin och valproat användas. Vid depression används t.ex. quetiapin, lamotrigin eller litium (Adler, 2014).

Biverkningar

Möjliga biverkningar av medicin som används vid bipolär sjukdom är ökad törst, ökad urinmängd, muskelsvaghet, synrubbingar, diarré, tremor, yrsel, huvudvärk, hudutslag, muntorrhet, ökad aptit, viktuppgång, sexuella problem, dåsighet (Adler, 2014).

Bipolär sjukdom medför som regel en livslång medicinering. Idag används bland annat andra generationens antipsykotiska läkemedel (Second Generation Antipsychotics, SGA) som underhållsbehandling. Det kan användas som enda läkemedel eller i kombination med litium eller något annat stämningsstabiliserande medel (Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering [SBU], 2015). SBU (2015) har gjort en utvärdering av medicinens effekt och risker med underhållsbehandling. Resultatet visade att på kortare sikt har användning av (samtliga) SGA för gruppen med bipolär sjukdom typ I ofta gett viktökning. Övriga biverkningar som också kan förekomma är att aripiprazol ger mer skakningar och krypningar i benen än stämningsstabiliserande läkemedel. Olanzapin och quetiapin ger mer dagtrötthet än stämningsstabiliserande läkemedel. På längre sikt vid användning av SGA för personer med bipolär sjukdom kan inte risken bedömas på grund av att det saknas studier som är längre än två år (ibid).

I nationella kvalitetsregistret för bipolär affektiv sjukdom [Kvalitetsregister Bipolär](2014) visades att läkemedel vid bipolär sjukdom kan ge viktuppgång. Främst i de läkemedelskombinationer där antidepressiva och/eller antipsykotiska förekommer är en mycket högre andel överviktiga. Vid registrering av Body Mass Index [BMI] 2014 hade 28 procent av kvinnorna ett BMI över 30, medan andelen för män var 24 procent. Detta överskrider BipoläRs målnivå, där max 10 procent av patienterna registrerade i Bipolär ska ha BMI över 30 och max 10 procent ska ha en signifikant viktuppgång (ibid).

Att leva med bipolär sjukdom

Bipolär sjukdom är en föränderlig sjukdom som skiftar och påverkar olika människor på olika sätt. Det är en sjukdom som de flesta drabbade får leva med. Ibland avtar sjukdomen

och kommer tillbaka efter flera månader eller till och med år. Det krävs ofta en ganska lång tid av medicinering innan man kan bedöma hur effektiv den är. Val av läkemedel, doser och eventuellt behovet av att kombinera läkemedlen kan bli en tidskrävande process. Det är viktigt att ha regelbunden och oavbruten medicinbehandling för att stabilisera och förhindra återfall (Beckman & Fahlén, 2005).

Läkemedelsbehandling medför ofta biverkningar. En del läkemedel kan ge fler biverkningar än andra och i vissa fall kan läkemedel ge andra biverkningar i början än senare i behandlingen (Beermann & Persson, 2015).

Samhällsperspektiv

Bipolär sjukdom är ett livslångt tillstånd och kännetecknas av att patienten pendlar mellan perioder (skov) av mani/ hypomani och depression. Vid varje manisk och djup depression skov kan det medföra en risk för självmord samt i sig öka risken för nya skov. Under dessa perioder är patienten ofta i behov av heldygnsvård och det kan förorsaka stora konsekvenser för arbets- och familjelivet (SBU, 2009; Socialstyrelsen, 2016). Ett obehandlat maniskt skov varar mellan 3-9 månader och symtomen avklingar efter 1–2 månaders behandling, men funktionsstörning i form av kognitiva symtom kvarstår i upp till 12 månader. Däremot så kan ett obehandlat depressivt skov ibland bli mer långvarigt med depressiva restsymtom. Efter upprepade depressiva skov kan tillståndet bli mer kroniskt och svårbehandlat samt kognitiva funktionsbortfall kan kvarstå i en längre period. Arbetsförmågan under skoven är ofta helt nedsatt i upp till 6 månader. Mellan skoven har patienten inte symtom, men funktionsnivån varierar från helt återställd till delvis återställd med bestående kognitiv funktionsnedsättning av olika grader. Patienten har ofta ett behov av partiell sjukskrivning under 1–2 år (Socialstyrelsen, 2016).

Att förebygga skov är målet för behandlingen och medicinering utgör en hörnsten i behandlingen. Syftet är att behandlingen ska skydda mot både depressiva och maniska återfall. Men medicineringbehandlingen är ofta livslång och dessutom så är medicinföljsamhet en mycket viktig punkt i behandlingen (SBU, 2009). Behandling med olika SGA i kombination av stämningsstabiliserande läkemedel kan ses som kostnadseffektivt. Det anses minska antalet maniska och depressiva återfall. Därefter förknippas färre återfall med bättre livskvalitet, ökad överlevnad och minskad hälso- och sjukvårdskostnad samt samhällskostnader (SBU, 2015).

Teoretisk referensram

Den här studien utgår från ett vårdvetenskapligt synsätt där fokus ligger på patientperspektivet. Med vårdvetenskapligt synsätt menas en vetenskaplig ansats med målet att främja och upprätthålla hälsa. Inom den livsvärldsorienterade vårdvetenskapen fokuseras på ett patientperspektiv, där den kunskapsteoretiska grunden är en livsvärldsteori. Livsvärlden är den värld som människor erfar i sitt lidande, sitt välbefinnande och sin hälsa. När livsvärldsperspektivet stärks/ betonas står människans upplevelse och erfarenhet i fokus. Det krävs ett förhållningssätt som bekräftar patienten och den verklighet som patienten uttrycker. Vårdaren måste ha en förmåga att kunna se, förstå och ta del av hur det verkligen är för den individen. Vad bipolär sjukdom och behandling innebär för livsvärlden är högst individuellt. Det kan bero på eventuella erfarenheter av läkemedelsbiverkningar och psykisk ohälsa (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003; Dahlberg & Segesten, 2010).

Problemformulering

Att leva med bipolär sjukdom är besvärligt för många. Sjukdomen ger upphov till allvarliga förändringar i känsloläget. Från energisk eufori till djup, intensiv nedstämdhet eller till blandade stämningslägen. Resultatet blir ofta ett dysfunktionellt beteende, skadade relationer och allvarliga inskränkningar i prestationsförmågan i skolan eller på arbetsplatsen. Detta minskar livskvaliteten markant (Adler, 2014). Medicinering är en viktig del i behandlingen av bipolär sjukdom men när detta ger upphov till allvarliga biverkningar som viktökning kan det leda till lidande hos denna patientgrupp. De kan få hjärtbesvär, blodsockerrubbning eller diabetes som komplikation av behandlingen (Kvalitetsregister Bipolär, 2014).

Syfte

Syftet med studien är att beskriva hur patienter med bipolär sjukdom upplever medicinens biverkningar i samband med viktuppgång och deras erfarenheter av att hantera det. Vidare är syftet att ta reda på vilket stöd att hantera viktuppgång relaterat till medicinens biverkningar patienter fått och deras förväntningar på sjukvården inom aktuellt område.

Frågeställning

Hur upplever patienter med bipolär sjukdom medicinens biverkningar i samband med viktuppgång?

Hur beskriver patienter att de hanterar medicinens biverkningar i samband med viktuppgång?

Vilket stöd upplever patienter att de fått och hur värderar de det?

Vilka förväntningar har patienter på sjukvården?

METOD

Design

Undersökningen är en kvalitativ studie med deskriptiv design (Polit & Beck, 2012). Kvalitativ forskning används för att undersöka personers upplevelser och erfarenheter i relation till ett fenomen. Kvalitativ analys används då forskaren vill förstå sammanhanget ur personers perspektiv (Danielsson, 2013; SBU, 2014).

Urval och undersökningsgrupp

Studiens urval bestod av patienter över 18 år med bipolär sjukdom. Studiens syfte påverkar urvalet av deltagare (Polit & Beck, 2012) och studien har följande inklusionskriterier:

- Personer som har huvuddiagnos bipolär sjukdom.
- Har använt något läkemedlen för bipolär sjukdom.
- Upplever viktuppgång som biverkan av läkemedel.

Studien har följande exklusionskriterier:

- Språksvårigheter
- Patienten har demens eller uppenbar förvirring

Tillfrågade var sju patienter. Två av dessa patienter kunde inte delta i studien och räknades som bortfall. Anledningen till bortfallet var att patienterna blev kraftigt försämrade i sin hälsa. För att hantera bortfallet tillfrågades en ytterligare deltagare. Kvarvarande undersökningsgrupp bestod av fem kvinnliga och en manlig deltagare. Deltagarna var i åldrarna 28-71 år med olika lång erfarenhet kring medicinering vid bipolär sjukdom (se tabell 1. Bakgrundsfrågor).

Tabell 1. Bakgrundsfrågor.

	Ålder	Kön	Antal år med stämningsstabiliserande läkemedel (antipsykos läkemedel som tillägg)	Viktuppgång i kilogram	Senaste viktkontroll
D1	28	Kvinna	Några år?	21 kg inom 2 månader, i början av behandling. (rispedal), nu ok.	Ej haft
D2	35	Man	12 år (tillägg i 3 år)	7-8 kg	Ht 15
D3	55	Kvinna	10 år (tillägg i 9 år)	20kg i början, nu 10kg övervikt	Jan 2016
D4	71	Kvinna	46 år (46 år)	21 kg r/t Zyprexa	Några år sedan?
D5	55	Kvinna	7 år (tillägg i 7 år)	5kg i 2009. Pendlar nu mellan 55-60kg	1½ år sedan
D6	47	Kvinna	6 år (haft det innan)	10kg	3 år sedan

Tillvägagångssätt

Författaren skickade en ansökan till verksamhetschefen om tillstånd för att få genomföra studien. Efter skriftligt godkännande från verksamhetschefen skickades sedan förfrågningar via mejl till chefer på vårdavdelningar och mottagningar för att informera om studies syfte och rekrytering av deltagare. Det var tre avdelningar, tre mottagningar och en behandlingsenhet på ett sjukhus i Mellansverige som ingår i studien.

Personal på mottagningar och avdelningar frågade patienter om de ville delta i en studie där de blev intervjuade. De patienter som efter att ha läst information om studien (se bilaga 1) och ville delta, lämnade kontaktuppgifter. Därefter tog författaren personligen kontakt med patienterna för att boka tid och plats för intervjun.

Datainsamlingsmetod

En semistrukturerad intervjumetod användes. Detta för att författaren skulle kunna bestämma på vilket sätt och i vilken ordning frågorna ställdes. Intervjuguiden hade författaren konstruerat själv. Den bestod av fem öppna frågor, samt fem bakgrundsfrågor (se bilaga 2). Intervjuguiden användes för att alla deltagarna skulle få samma frågor och intervjuaren fick information om

alla punkter som togs upp i intervjuguiden (Svensson & Starrin, 1996). Följdfrågor ställdes även för att få fram mer information ur intervjun.

En provintervju utfördes för att se om intervjuguiden var genomförbar. Den bedömdes som bra och provintervjun ingår i de sex intervjuerna. Intervjuerna utfördes i hemmet, på avdelningen eller mottagningen enligt deltagarens önskemål. Intervjuer pågick 2016-03-10 till 2016-04-10. Intervjuerna spelades in digitalt och varade i cirka sjutton minuter till trettionio minuter vardera. Komplettering av data skedde efter intervjuinspelningen då några av deltagarna berättade mer under tiden de visade sitt kök. Denna text lades till intervjuerna i samband med transkriberingen. Samtliga deltagare fick förfrågan om de ville ha en hemskickad transkribering för att läsa igenom intervjun om de kände igen sig i det eller ville tillägga något. En av deltagarna kompletterade sin intervju med några meningar.

Dataanalys

Författaren använde sig av en kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012). Den innebär att data klassificeras systematiskt och stegvis. Syftet är att uppnå en innehållsrik bred beskrivning av upplevelser och erfarenheter (Danielsson, 2013; Olsson & Sörensen, 2013; SBU, 2014).

- 1.** Intervjuerna transkriberades ordagrant.
- 2.** Naiv läsning, innebär att efter transkribering av intervjuerna läste författaren igenom den transkriberade texten flera gånger för att få en känsla av helhet.
- 3.** Författaren tog sedan ut meningsbärande enheter, kondenserade texten och kodade den. Kondensat med liknande koder kategoriserades utan att förändra innebörden i innehållet. Se exempel på innehållsanalys (tabell 2).

Intervjuerna lästes sedan åter igenom för att ta ut citat som skulle styrka författarens egna tolkningar av materialet. Samtal med handledare har genomförts för att gå igenom innehållsanalysen.

Tabell 2. Exempel på innehållsanalys.

Meningsbärandeenhet	Kondensat	Kod	Subkategori	Kategori
<i>... det är plågsamt att aldrig känna sig mätt. Jag måste äta så himla mycket. ... lider jag ganska mycket av att ha viktökningen</i>	Det är plågsamt Lider mycket av att ha viktökning	Plågsam Lidande	Negativa känslor och lidande	Känslor av värdelöshet
<i>Jag blir ju hungrig, väldigt ofta... Jag är hungrig jämnt.</i>	Blir hungrig ofta Är hungrig jämnt	Hunger jämnt	Oförmögen att påverka sug och hunger	
<i>... därför jag tog saker i egna händer och slutade total med alla... alltså inklusive alla huvudvärkstabletter.</i>	Tog saker i egna händer. Slutade med alla mediciner	Sluta med alla mediciner	Självmedicinera eller avbryta behandling för att lindra lidandet	Det är en utmaning att hantera biverkning och det kräver mycket egen kraft
<i>... för att det kände som jag skulle gå upp massa mer, så då började jag använda laxeringsmedel ganska mycket. Laxoberal, upp till 20 droppar per natt</i>	Använda laxeringsmedel, laxoberal	Självmedicinering med laxeringsmedel		

Forskningsetiska överväganden

Studien genomfördes enligt de forskningsetiska riktlinjerna inom omvårdnadsforskning i Norden (Sykepleiernes Samabeide i Norden, 2003). Ansökan om tillstånd från verksamhetschef söktes för att få tillstånd att genomföra studien vid tillfrågad insamling av deltagare på mottagningar och avdelningar.

Denna studie var planerad som en intervjustudie och för att få genomföra patientintervjuer måste studien ta hänsyn till forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning och följa det grundläggande individskyddskravet (Vetenskapsrådets, 2002). Innan studietillfället fick deltagarna muntlig information om studien och även skriftlig information om studiesyfte, frivilligt deltagande och försäkrades om att materialet hölls konfidentiellt. Det innebar en säkerhet för deltagarna som ingick i studien att obehöriga inte skulle ha möjlighet att ta del av insamlat material, samt att deltagarnas identitet inte skulle komma att kunna identifieras. Inga namn angavs. Alla uppgifter kring deltagarna behandlades med konfidentialitet i enlighet med Personuppgiftslagen (SFS 1998:204) och Vetenskapsrådet (2002).

RESULTAT

Resultatet av upplevelser och erfarenheter av medicinens biverkningar i samband med viktökning hos personer med bipolär sjukdom presenteras med fem huvudkategorier och sexton subkategorier (se tabell 3).

Tabell 3. Övergripande kategorier och subkategorier.

Kategori	Subkategori
Känslor av utsatthet	Att inte ha något val Avsaknad av bekräftelse från sjukvården
Känslor av värdelöshet	Oförmögen att påverka sug och hunger Den sårbara kroppen och försämrad hälsa En ekonomisk börda Negativa känslor och lidande Att inte duga i andras ögon
En utmaning att hantera biverkningar och det kräver mycket egen kraft	Självhjälp som fungerar Upprepa försök att behärska sig Självmedicinera eller avbryta behandling för att lindra lidandet Grubbla över misslyckande
Ett bra stöd är information och individuellt bemötande i rätt tid.	Bra stöd som ger positiva upplevelser Dåligt stöd och avsaknad stöd som ger negativa upplevelser Egna erfarenheter av att söka och ta emot informationer
En trygg och säker vård med individuellt bemötande	Behov av problem tas på allvar Vikten av helhetssyn i behandling/vårdmöte och en kontinuerlig vårdkontakt

Känslor av utsatthet

Att inte ha något val

Deltagarna i studien upplevde att de tog medicin för att må bra men samtidigt gav den dem viktuppgång. Den snabba viktuppgången relaterades ofta till medicininsättningen. Flera deltagare beskrev sin matlustökning i samband med medicinintag främst på kväll/ nattetid samt vid höjning av medicindosen. En höjning av medicindoseringen som förekom vid hypomani eller vid försämringsperioder gjorde deltagare trötta men samtidigt mer hungriga. Många deltagare sa att de åt mer mat, större portioner. Vissa deltagare upplevde att vikten ackumulerade sig hela tiden under den långvariga medicinbehandlingen.

”... När jag började med Rispedal vägde jag ungefär 53-54 nånting. Sen på väldigt kort tid, två månader så gick jag upp till 75. Senare när jag tog Quetiapin, fick jag jätte mycket matlust, ofta på nätterna. Jag kunde gå ut i köket och äta allt jag såg, allts okokt pasta, knäckebröd utan något på, ost, smält ost i mikron, choklad och alltså allting som fanns, åt jag. Och under hypomani perioder tar jag ganska mycket extra Quetiapin, och ju det är större doserna så blir det mycket större effekt som gör mig bli trött men också hungern.” D1

”... Medicinen funkar till exempel om jag skulle äta mediciner mår jag ju bättre men samtidigt går jag upp i vikt, i och med att jag får en aptit som är större än vanligt. Just nu har jag ju kommit på att jag blir jätte hungrig mitt i natten. Jag märker sambandet att efter ett par timmar jag har tagit medicin då är jag hungrig. Jag vet inte om man blir hungrig av Litium, men Seroquel blir man.” D5

Avsaknad av bekräftelse från sjukvården

En av deltagarna med 46 års erfarenheter av medicinbehandling vid bipolär sjukdom upplevde att medicinbehandlingen ofta var långvarig och att upplevelsen av biverkningarna hade normaliserats inom vården. Avsaknaden av bekräftelse från sjukvården, när ingen märkte problemen med viktuppgången som orsakades av medicinens biverkningar gjorde att deltagaren inte kände sig sedd.

Känslor av värdelöshet

Oförmögen att påverka sug och hunger

I studien framkom det att alla deltagarna upplevde en oförmåga att påverka sug och hungerkänsla. De flesta kände hunger jämnt och var konstant sugna på mat. Vissa av dem åt mer godis och glass, medan en annan deltagare ofta kände sig törstig och drack mer söta drycker. Många av dem upplevde att de inte hade matlustkontroll. Vid hunger, brukade vissa deltagare stoppa i sig mat utan att känna smaken, medan de andra inte kunde sluta äta/dricka en viss mat/ dryck som de var mycket sugna på.

” ... Jag var hela tiden hungrig. Jag ville alltid ha mer. Det känns som att hela kroppen är hungrig. Jag kunde klämma i mig som två stora portioner som en pizza, två pizzor, utan problem. Det är verkligen att trycka i sig mat. Det är inte än smaka. Jag ville bara sluta äta med det gick ju inte att sluta äta.” D1

”... Jag blivit väldigt törstig och dricker mycket ofta sen jag börja med litium. Jag dricker väldigt mycket vatten till mat, men det är just svårt att dricka vatten jämnt. Det kan bli mjölk, juice eller saft. Jag dricker det som finns hemma som jag är sugen på. Det är kanske lite underligt att man inte brukar vara suger på det annars, men sen plötsligt man måste ha den. Men jag vet att jag inte kan sova om jag inte äter det där knäckebröd mackan heller.”D6

Den sårbara kroppen och försämrad hälsa

Viktuppgången som orsakades av medicinens biverkningar påverkade flera deltagares hälsa och deras sårbara kropp. Det var fysiskt ansträngande att röra på sig på grund av den extra vikt som de bar på. Vissa deltagare kände inte igen sig själva efter förändringen i sitt utseende som orsakades av viktökningen. En av deltagarna upplevde sin kropp ojämn och att det fanns bukfetma.

En ekonomisk börda

Många av deltagarna upplevde att viktuppgången gjorde att inga av deras kläder passade dem. En av dem hade svårt att hitta passande kläder till sin kropp som hade förändrats på grund av bukfetman. Flera av deltagarna måste köpa nya kläder efter viktuppgången och detta ledde till en ekonomisk börda. Att skaffa nya kläder, blev dyrt för många deltagare.

”... Det som är mest besvärligt är att kläderna inte passar vid viktökningen. Då måste jag köpa nya kläder. Det blir väldigt dyrt.” D6.

Negativa känslor och lidande

Deltagarna i studien upplevde starka negativa känslor och mycket lidande av viktuppgången. Vissa deltagare var chockade, andra kände sig plågsamma, ledsna, mådde dåligt. Flera deltagare fick dåligt samvete på grund av kontrollförlusten över sitt ätande. Många av deltagarna led av maktlöshet över sin matlust som i sin tur skapade en negativ självkänsla, nedsatt självförtroende. Vissa av deltagarna kritiserade sig själva medan en annan nervärderade sig själv.

”... väldigt kort tid, två månader så gick jag upp till 75. Vilket var lite chockerande... Jag blev jätte ledsen. Jag kände att människor tittade på mig på ett annorlunda sätt. ... Jag stod flera timmar framför spegeln och bedömde mig och var hård mot mig själv.” D1

”... Det är plågsamt att aldrig känna sig mätt. Jag måste äta så himla mycket. Sedan lider jag ganska mycket av att ha viktökningen. Det är synd att jag skulle ha de här biverkningarna. Jag

gillar dem inte alls. Jag tycker att det ser slarvigt ut att ha bukfetma. Jag mår dåligt att ha gått upp i vikt. Jag tycker det är fult. Det ser ut som jag slarva, men det gör jag inte för att det har med medicinen att göra. Jag inbillar mig att folk säga "oj, vilken bukfetma hon har!" Ja. Jag kan inte hjälpa det, inte för att jag gör det med vilja då." D3.

Att inte duga i andras ögon

Två av deltagarna berättade att viktuppgången påverkade deras socialaförmåga. De kände sig inte dugliga i andras ögon. Den ena ville inte gå utanför dörren och ville inte vara social, medan den andra gömde sig bakom större kläder och vågade inte träda sig fram i sitt sociala umgänge/nätverk.

En utmaning att hantera biverkningar och det kräver mycket egen kraft

Självhjälp som fungerar

Att hantera biverkningar kräver mycket egen kraft. Flera deltagare delade med sig av sina erfarenheter, t.ex. självhjälp som fungerar. Två av deltagarna hade försökt ta kvällsmedicin strax innan läggdags för att inte gå ut till köket och äta mat på natten. Flera deltagare sa att de försökte hantera viktuppgången genom att äta mindre mat, mindre portioner. Vissa deltagare har lagt till motion sedan årsskiftet, medan en annan deltagare vände sig till viktväktarna. Vidare beskrev några deltagare att de faktiskt tänkte på tidigare kostråd och skulle be om hjälp om självhjälpen inte fungerade. En annan deltagare hade haft en diskussion med sin läkare om bekymmer med viktuppgång relaterad till medicineringen och eventuellt ta bort neuroleptika/antipsykos läkemedel om några år, förutsatt att stämningsläget är/ blir stabilt.

Upprepade försök att behärska sig

Det var en utmaning att hantera viktökning på grund av medicinens biverkningar. I studien beskrev många deltagare deras upprepande försök att behärska sig. Genom att öka matlustkontrollen, öka disciplinen, kompensera genom kostrestriktion och mycket motion, hoppa över måltider, minska medicinintaget, undvika köket, rensa frysskåpet. En av deltagarna tränade 20 timmar i veckan, åt mindre portioner, tog inget godis, läsk, åt varken friterat eller halvfabrikat för att hålla sin vikt i schack. Två av deltagarna kompenserade genom att inte äta på dagarna.

”... Jag kompenserade det då... genom att inte äta på dagarna. Ja, det var inte jätte bra. Man blir ju inte så jätte glad av att trycka i en massa mat på natten, och sen äta ingenting resten av dygnet.” D1

”... Om jag tar den kanske vid 12 tiden på natten... en timme senare börjar jag känna mig trött och så märker jag liksom att tankarna går långsammare och kroppen blir slö och musklerna slappnar av. Då blir jag jätte hungrig. Så antingen så går jag direkt och försöker borsta tänderna och komma i säng så fort som möjligt eller så tappar jag helt kontrollen och går ut och äter.” D1

Självmedicinera eller avbryta behandling för att lindra lidandet

Vidare berättade flera deltagare om deras sätt att lindra lidandet när självhjälp och upprepade försök av att hantera viktuppgång inte fungerade. Vissa deltagare hade självmedicinerat sig genom att använda Laxoberal, 20 droppar per natt eller egen tarmrenings metod för att rensa ut allt ur kroppen, medan en annan tog extra sömnmedicin utöver sin ordination för att släcka hunger och få en snabb insomning. För att stoppa viktökningen, slutade en av deltagarna att ta alla sina mediciner.

”... en period fick jag lite små panik, för att det kände som jag skulle gå upp massa mer, så då började jag använda laxeringsmedel ganska mycket. Laxoberal, upp till 20 droppar per natt. Och det är ju inte så jätte bra för magen heller.” D1

”... Jag hade gått upp i vikt och sluttade med det. Det är därför jag tog saker i egna händer och slutade totalt med alla mediciner, alltså inklusive alla huvudvärkstabletter.” D4

Grubbla över misslyckande

Viktuppgång upplevdes som något svårt att hantera trots att deltagaren ansträngde sig. När det inte hände något på vågen efter fyra veckors försök började grubblerier över misslyckandet. Deltagaren gav upp och struntade i sina viktproblem.

Ett bra stöd är information och individuellt bemötande i rätt tid.

I den här kategorin beskrev deltagarna både ”bra stöd som positiva upplevelser” men även ”dåligt stöd och avsaknat stöd som ger negativa upplevelser”. Med bra stöd menade deltagaren att hen fått byta läkemedel och även fått möjlighet att diskutera med sin läkare om eventuellt

medicinbyte. En annan deltagare var positiv över att få träffa dietisten. Där gick deltagaren igenom matkartläggning och fick kostråd. Det ökade deltagarens motivation till behandlingen.

Bra stöd som ger positiva upplevelser (skrivit ovan)

"... Jag hade fått stöd härifrån från, från dietist, för några år sedan. Vi gjorde karta över hur man ska äta och tänka. Det var bra. Det var mera kanske att jag känner att jag ville gå ner i vikt och får hjälp med vikten. Ta reda på hur man äter och se hur, se det framför sig." D2

Dåligt stöd och avsaknad av stöd som ger negativa upplevelser.

Flera av deltagarna tyckte att de varken fick stöd eller information om viktökningen i samband med medicinering av bipolär sjukdom. Många deltagare uttryckte att deras viktökning inte blev sedd av vården. Att behandling av bipolär sjukdom var ensidig och enbart fokuserade på läkemedelsbehandlingen. Vidare berättade några deltagare att det var för få läkare som gav information om viktökningen relaterat till medicinens biverkning.

"... Nej, ingen som jag kan tycka har varit till någon hjälpt mig. Nej, det har de inte lagt någon särskilt vikt vid utan det är normalt att man går upp i vikt, det är normalt och det är mycket som är normalt. Det är normalt att man går upp i vikt och det har ju inte varit någon problematik för dem." D4

Egna erfarenheter av att söka och ta emot information

Flera av deltagarna i studien berättade om egna erfarenheter av att söka och ta emot information. Vissa av dem sökte själva information via internet, medan andra sökte via andra bipolära patienter när viktproblem/ hungerkänsla uppkom. Vidare uttryckte några deltagare att det var svårt att ta information i förväg eller att deltagaren inte var mottaglig för att prata om biverkningar just under behandlingstid på avdelningen. En av deltagarna nämnde att det tog sex år att förstå sambandet mellan hungerkänslan som uppkom och medicinintaget.

"... Det finns kanske anledningar till att ingen direkt hade pratat med mig om det heller. Jag tror inte jag varit som mottagliga att prata om biverkningar, utom det är." D1

"... Det är att jag kommit på själv. Min största svårighet är att jag vet ju inte vad jag ska fråga efter. ... Det tog tid för mig att förstå sambandet att efter ett par timmar efter medicinintag då är jag hungrig liksom. Det är sådana saker man lär sig med tiden och det tog 6 år innan jag fattade det här." D5

En trygg och säker vård med individuellt bemötande

Behov av att problem tas på allvar

Många deltagare uttryckte *behov av att problem tas på allvar*. De ville veta om medicinen gav viktökning och att någon i vården kunde berätta om risken. En deltagare undrade hur viktökningen skulle hanteras vid depressionsperioder, när deltagaren inte orkade träna och bara stannade hemma samt åt en massa mat och söta saker. I vanliga fall hade deltagaren tränat 20 timmar i veckan och höll på med kostrestriktion för att kunna hålla sin vikt under alla år deltagaren medicinerade med stämningsstabiliserande och antipsykosläkemedel mot sin bipolära sjukdom. Vidare önskade flera deltagare att få möjlighet att prova andra mediciner som kunde ge mindre biverkningar.

"... Jag skulle vilja ha lite tips eller lite råd på hur man ska tänka för att kunna hålla vikten i balans och inte öka i vikt. Kanske då tillsammans om man äter medicinen, om det, om man ska tänka på att inte äta lika mycket. Om det då, med mat och plus medicin om det gör då man går mer upp i vikt än man skulle bara äta mat, utan medicin. Det har jag tänkt på lite grann". D2

Vikten av helhetssyn i behandling/vårdmöte och en kontinuerlig vårdkontakt

En av deltagarna upplevde att omvårdnaden försvann när läkarsamtalen var fokuserade enbart på medicinbehandlingen. Många deltagare uttryckte vikten av helhetssyn i behandling/vårdmöte. De ville bli sedda och behandlade ur patientperspektiv. Någon från vården skulle höra av sig och kolla läget samt följa upp om eventuella biverkningar uppkom. Vidare uttryckte samtliga deltagare ett behov av kontinuerlig vårdkontakt. En av deltagarna nämnde vikten av uppföljningstid på öppenvårdsmottagningen, utöver läkarsamtal, efter vårdtiden på avdelningen för att eventuellt kunna prata om biverkningar. En annan deltagare uttryckte sin förväntning på uppföljning av vikten efter att den tagits och registrerats tidigare i vården. Många deltagare önskade både att få hjälp från en dietist och att få tillgång till samtalskontakt/ fast vårdkontakt medan de väntade på läkarbesöken.

"... Men kanske hade det hjälpt i form av man hade fått någon uppföljningstid med någon sjuksköterska och prata med det i enrum. Med någon som inte bestämmer som en läkare. Det blir ju ganska formellt när man pratar med en läkare, "hur funkar medicinen?". Det här omvårdnadsmässig. Hela det försvinner ju lite." D1

”... Försökt att se från patientperspektiv, inte bara från eget perspektiv, utan det är patientperspektiv... Det behövs en kontinuitet behandling. Om man har en fast läkare eller fast sjuksköterska som träffar regelbundet, ser de ju när man gått upp i vikt eller inte. Det hör ihop. Om jag kommer till dig och jag hade gått upp 5 kilo eller lagt på 10 kilo, skulle du märka på en gång. Och du skulle fråga ”vad har hänt”? Kontinuitet har mycket med ”face to face” kontakt att göra.” D5

DISKUSSION

Huvudresultat

Huvudresultatet visade att deltagarna upplevde en stark påverkan på välbefinnande och hälsa av medicinbiverkningar i form av viktökning. Genomgående led deltagarna av biverkningar som påverkade både det fysiska och psykiska måendet. Samtliga deltagare hade gått igenom svåra kamper för att hantera viktökning och det krävdes mycket av deras egna krafter. Vidare betonade de att de inte blivit sedda av sjukvården och deras viktproblem inte tagits på allvar. Deltagarna upplevde starka känslor och lidanden av medicinbiverkningar och viktökning och det framkom förväntningar på att få stöd och information samt kontinuerlig vård för att kunna känna sig trygg i behandlingen och få uppleva en bättre livskvalitet.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att deltagarna upplevde känslor av utsatthet vid viktökning relaterad till läkemedelsbiverkningen. Det märktes en liknande känsla främst bland deltagarna att de inte hade något val vad gällde att ta mediciner för att må bra men samtidigt drabbas av snabb viktökning/ viktuppgång. Det uttalades att deras matlust ökade markant direkt efter medicinintagen, medicininsättningen eller doshöjningen gjorde att de åt mer mat och större portioner. Det i sin tur ledde till viktökning, försämrad fysisk förmåga och förändring av den kropp som redan var sårbar samt en ekonomisk börda när de måste skaffa nya kläder på grund av viktuppgången. Vidare belyste studieresultatet deltagarnas upplevelser av lidandet som var förorsakat av själva viktuppgången. I studieresultatet påpekades även att deltagarnas vikt ackumulerades på grund av den långvariga medicinbehandlingen, men deltagarna blev inte sedda av sjukvården.

Vid sökning i litteratur påträffades ingen information som tydde på att viktökning i samband med medicinens biverkningar hos personer med bipolär sjukdom gav känslor av utsatthet och värdelöshet. Däremot påpekar Häggström (2012) att den farmakologiska behandlingen vid bipolär sjukdom brukade sträcka sig under lång tid och det finns alltid risk för biverkningar som förorsakar försämrad hälsa och livskvalitet. Problemet förvärras då två mediciner kombineras. Hallberg (1987) har också skrivit att viktökningen är ett problem som ofta ses i samband med neuroleptikabehandling och kan leda till att personen känner sig misslyckad och isolerar sig mer. Vidare beskriver Rafaelsen och Ottosson (1981) att många patienter tyckte att viktökningen är det största problemet vid långvarig litiumbehandling. I studien fick två av tre

patienter problem med vikten och det var väldigt olika hur hårt de drabbades (Rafaleson & Ottosson, 1981). En del ökade 5-7 kilogram under loppet av de första två åren med Litiumbehandling. Sedan upphörde viktökningen efterhand för en del, medan den fortsatte för andra. Hur kampen att leva med sin grundsjukdom, bipolär sjukdom, och samtidigt bli drabbad av viktökning som läkemedelsbiverkan beskrivs även i annan litteratur. Rebecca Anserud (2011), en ung tjej som är född 1987, har berättat om sitt liv att leva med bipolär sjukdom via sin självbiografibok. Genom åren fick hon många medicinbyten mellan Zyprexa, Litium, Risperdal, Zeldox, Abilify m.fl. på grund av biverkningar. Hon kallade Zyprexa och Zeldox för viktbomben, för de orsakade hennes kraftiga viktuppgång med ca 8-10 kilogram under ungefär fyra veckors behandlingstid. Zyprexa har hon slutat med många gånger, men var tvungen att ta den igen i vissa perioder, trots viktuppgång, för det var det enda läkemedel som hjälpte henne vid akutbehandling mot mani. En annan självbiografiförfattare, Cecilia Asp (2012) har också berättat att hon gick upp i vikt av alla byten av mediciner vid bipolär sjukdom och sammanlagt var det 13 kilogram.

Samtliga deltagare upplevde en utmaning att hantera viktökning som biverkning och det krävdes mycket av deras egna krafter, framkom det i föreliggande studie. Det fanns olika självhjälpsmetoder som de tyckte fungerade, men de upprepade också olika försök för att behärska sig och hålla sin vikt i schack. När alla försök att hantera oönskade medicinbiverkningar i form av viktuppgång inte fungerade, tappade deltagarna matlustkontrollen. De medicinerade själva eller avbröt behandlingen för att kunna lindra sitt lidande med olika metoder som självmedicinering med laxermedel, tog extra sömnmedicin utöver ordination för att kunna släcka hunger och somna in snabbt och använde egen tarmreningsmetod. Trots att deltagarna i studien ansträngde sig mycket för att hantera viktuppgången, misslyckades ändå många. Detta medförde en maktlöshetskänsla och grubbleri hos deltagarna i studien.

Vid sökning i litteratur hittades ingen information om patienters upplevelser och erfarenheter av att hantera viktuppgång i samband med läkemedelsbiverkningar hos personer med bipolär sjukdom. Däremot skriver Rafalsen och Ottosson (1981) att det är svårt för många unga tjejer i 20-25 års ålder att acceptera viktökning vid Litiumbehandling. Om de unga kvinnorna blev nedslagna varje gång då de ställde sig på vågen eller såg sig i spegeln, kunde beslutet att fortsätta behandlingen vara hårt tillkämpad hos många av dem. Häggström (2012) har också betonat att biverkningen var ett problem som orsakar bristande följsamhet till medicineringen.

”... patienten är ”klok nog” att inte ta medicin som förorsakar livsinskränkningar eller försämrar allmänhälsan om inte vinsten av att ta medicinen tydligt överväger” (Häggström, 2012, s 98).

Det som Häggström (2012) beskrev ovan fanns i föreliggande studieresultat där en deltagare avbröt alla sina medicinbehandlingar när viktuppgången som relaterades till medicinens biverkningar var svårhanterbar.

Av studieresultatet framkom att bra stöd gav positiva upplevelser och avsaknad av stöd samt dåligt stöd medförde negativa upplevelser. Deltagarna betonade att bra stöd var att få byta läkemedel, diskutera möjligheten att byta läkemedel och få träffa dietist för kostråd samt matkartläggning, men det var för få läkare som gav informationen. Vidare uttryckte flera av deltagarna att deras viktökning inte blev sedd av vården och de fick varken stöd eller information inom det aktuella området. Deltagarnas upplevelser i föreliggande studie överensstämmer med psykiater Häggströms beskrivning i sin bok om bipolär sjukdom (2012). Han påpekar att viktökning ofta är förbjuden inom psykiatrin. Han ställer en retorisk fråga om hur många psykiater eller allmänläkare som skriver ut psykofarmaka också väger patienterna, eller uppger om risker, och ger råd om hur de kan minimera viktuppgång.

Dahlberg (2014) påpekar att upplevelser av lidandet kan vara förorsakade av själva vårdandet. Det vill säga lidandet som tillfogas av brist på vårdande. Patienters berättelser om negativa upplevelser av möten med vården beskrivs i ”Att undersöka Hälsa & vårdande” (2014). Där upplevde patienterna att vårdare varken såg eller lyssnade på dem, när de bad om hjälp och stöd. Det uppstod även en avfärdande känsla när deras behov inte blev tagna på allvar. De upplevde att de inte blivit bemötta som människor och samtalen med vårdaren skedde på vårdarens villkor. Vidare uttryckte patienterna att de kände sig utlämnade åt ”läkekonsten”, eftersom det enda som läkare ville samtala med dem om var olika mediciner och i vilken dos dessa skulle ges, men biverkningen som var svårhanterbar blev inte tagen på allvar och de var tvungna att fortsätta sin inre kamp ensamma (ibid).

Det framkom i studieresultatet att deltagarna också uttryckte vikten av helhetssyn i behandling/ vårdmöte och kontinuerlig kontakt. De ville bli sedda och behandlade ur patientperspektiv, där behandlingen inte enbart fokuserade på medicinsamtal med läkare. De förväntade att någon från vården skulle höra av sig och följa upp dem utöver läkarsamtalen. Här menade de även att fysiska vårdmöten/ kontakter med andra vårdare var en viktig faktor för att kunna

uppmärksamma biverkningarna om de uppkom. Deltagarnas behov styrks av Socialstyrelsens (2012) meddelande om patientens rätt till fast vårdkontakt enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL § 29a. Där en fast vårdkontakt ersätter patientansvarig läkare för att vården ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

I en studie där stöd till personer med bipolär sjukdom undersöktes, påpekar Goossens, Wijngaarden, Knoppert-van der Klein och Achterberg (2008) att en stor del av patienters behov inte blir tillgodosedda eller ens upptäckta. Det stämde med föreliggande studieresultatet där deltagarna beskrev att själva upptäckten av viktuppgång/ aptitökning i samband med medicinintagen blev fördröjd i flera år för vissa av dem. Deltagarna beskrev även att det var svårt att ta in information om biverkningar i förväg och vissa av dem var inte mottagliga att prata om just det under behandlingstiden på avdelningen. Men det tydliggjordes ett önskemål hos deltagarna om att få information om risker vid rätt tidpunkt och hur de skulle hanteras.

Studieresultatet i föreliggande studie styrks av Rusners (2014) beskrivning om att vården måste förstå patienternas perspektiv för att kunna tillgodose deras behov. Det innebär att ha patientens perspektiv som utgångspunkt och patientens perspektiv är det levda perspektivet. Helhetsperspektiv på hälsa och upplevelsen av hur livet påverkades av ohälsa är det väsentliga. Med det ingår kunskap både om kroppens biologiska funktioner och om kroppen som levd. Det vill säga kroppen är ett förkroppsligat subjekt som inte kan förstås eller behandlas som ett objekt. Människan är i sin kropp och varje förändring i denna levda kropp påverkar livet. Vidare betonar Rusner att professionella vårdares ansvar är att förstå och problematisera vad sjukdom och ohälsa betyder ur patienters levda perspektiv, för att därigenom kunna tillgodose deras behov och stödja dem i att förstå och hantera upplevelse av ohälsa (ibid). Rusner, Carlsson, Brunt och Nyström (2009) samt Zolnierenk (2011) har också belyst att en viktig grund för god omvårdnad och gott bemötande samt tillitsfull relation har en betydelse vid fördjupad förståelse för livshändelser och upplevelser hos den enskilde patienten. Mycket i det som sägs ovan och studieresultatet kan kopplas till tidigare teoretiska beskrivningar om vikten av patientperspektiv och den kunskapsteoretiska grunden om livsvärldsteorin av Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud, Fagerberg (2003) och Dahlberg samt Segesten (2010).

Samtliga deltagare i föreliggande studie hade ett gemensamt önskemål om kontakt med dietist för att få tips och råd för att hantera viktuppgången medan de tog emot medicinbehandlingen, men även att få tillgång till samtalskontakt/ fast vårdkontakt medan de väntade på läkarbesöken. Psykiater Häggström (2012) upplyser att viktökning vid farmakologisk behandling inte är en

ödesbestämd biverkan. Han betonar att oavsett vilken farmakologisk terapi kliniken än väljer, måste viktuppgång och risken värderas, informeras om och åtgärdas med lämplig dietrådgivning. Det finns studier som påvisar att åtgärder som besök hos dietist eller annan dietrådgivning, minskar viktuppgång till häften över tid (O'Keefe, Noords, Liss & Weiss, 2003). Vidare belyser Häggström (2012) vikten av omvårdnadsarbete även i öppenvård, att uppmärksamma problemet. Genom att väga patienten regelbundet kan biverkan minimeras och livskvaliteten för patienten förbättras och därmed öka motivationen att följa ordinerad medicinering (ibid).

Adler (2014), Kvalitetsregister Bipolär (2014) och SBU (2015) har också betonat att neuroleptika innebär en risk för viktökning och metabola biverkningar. Det rekommenderas aktiv monitorering av hälsofrämjande interventioner från start och det är av största betydelse. Det innebär att vikt, bukmängd, blodglukos och blodlipider skulle monitoreras för patienten som behandlas med till exempel Olanzapin redan vid inledning av behandlingen. I motsats till detta uppgav de flesta av deltagarna i föreliggande studie att de fick väga sig hos vårdaren någon enstaka gång under den långa medicinbehandlingstiden mot bipolär sjukdom och fem av dem hade haft och hade även en pågående neuroleptika/ antipsykos läkemedelsbehandling.

I sin doktorsavhandling har Rusner (2012) beskrivit vikten av behov av stöd till personer med bipolär sjukdom. Hon betonar att vården behöver skapa trygga och säkra möten. Där kontinuitet och tydlighet från vårdens sida skulle skapa nödvändig trygghet i en otrygg situation som gjorde det lättare för patienten att ta emot vård, behandling och annan hjälp som patienten kanske är tveksam till. Att vara lyhörd för de frågor, önskemål och behov som personer med bipolär sjukdom uttrycker, skulle vara ett bra verktyg för att kunna öppna upp för nya sätt att påverka det som har med ohälsan att göra. Det behövs ett genuint intresse hos vårdaren för att förstå mera av det osynliga och svårgripbara aspekterna av livet med bipolär sjukdom, det som patienterna befinner sig i. Vidare belyser hon att genom en god vårdrelation där patienten får stöd att sätta ord på sina känslor och bli bemött på ett existentiellt plan, skulle en terapeutisk allians med patienten kunna uppnås. En positiv upplevelse i vårdmötet tillsammans med god följsamhet gentemot läkemedelsbehandling skulle möjliggöra full återhämtning vilket i sin tur medför att patientens lidande minskar (ibid).

Diskussion om samhällsperspektiv

Tidigare studier visade att medicinering är en hörnsten i behandling av bipolär sjukdom och vikten av medicinföljsamhet för att kunna förebygga återfall (Beckman & Fahlén, 2005; SBU, 2009; SBU, 2015). Men det framkom i föreliggande studieresultat att deltagaren avbröt behandlingen för att kunna lindra sitt lidande relaterat till medicinens biverkningar i samband med viktökning. Att avbryta medicinbehandlingen kan medföra återfall och leda till behov av heldygnsvård. Detta kan öka både lidande för patienten med bipolär sjukdom och kostnad för samhället. Ekman, Granström, Omeroev, Jacob och Landén (2013) betonade att den största samhällsekonomiska kostnaden för bipolär sjukdom är de indirekta kostnaderna i form av arbetsbortfall på grund av sjukdomen. Vidare för individen kan sjukdomsförloppet vara avgörande av att ha en egen försörjning, en sysselsättning som är meningsfull och en sysselsättningsrelaterad social gemenskap (ibid).

Metoddiskussion

Studiemetoden som jag hade valt var en kvalitativ ansats och deskriptiv design. Den ansågs vara mest lämplig utifrån studiens syfte och frågeställningar då författaren ville beskriva upplevelser och erfarenheter i relation till ett fenomen (Polit & Beck, 2012).

För att stärka studieresultatets trovärdighet i en kvalitativ studie kan olika begrepp som *giltighet*, *tillförlitlighet* och *överförbarhet* användas (Lundman & Granheim, 2012).

Giltighet handlar om hur sanna studieresultaten är (Lundman & Granheim, 2012). Enligt Long och Jonsson (2000) anses ett resultat vara giltigt om de lyfter fram de karaktäristiska drag som är representerade eller typiska för det som var avsett att beskrivas. I mitt exempel bad jag handledaren som hade mycket erfarenhet inom forskningsområdet om det goda rådet under innehållsanalysarbetet. Det var värdefullt för trovärdigheten när handledaren var insatt i ämnet och granskade om koder, kategorier överensstämde med textens innehåll, att benämningar blev rimliga och trovärdiga.

Vidare beskriver Lundman och Granheim (2012) att strategier för val av deltagare också har betydelse för resultatets giltighet. En noggrann beskrivning av urval och analysarbete samt presentation av citat från intervjuer är viktigt och ger läsaren möjlighet att bedöma

studieresultatets giltighet (ibid). I föreliggande studie har trovärdigheten stärkts genom att urvalsgruppen inkluderade både kvinnor och män från olika åldersgrupper och från spridda avdelningar och mottagningar, vilket ökade möjligheten att få området belyst utifrån olika erfarenheter och olika perspektiv. Genom att använda citat i studien från det transkriberade materialet och låta deltagarna få ta del av transkriberingen för att läsa igenom intervjun om de kände igen sig samt få möjlighet att komplettera intervjun, ökade också studiens trovärdighet. Vidare ansåg författaren att insamlad datamängd var mättad då ett mönster av samma svar kunde urskiljas vid analys. Det stämde med Danielssons (2013) beskrivning av att undersökningsgruppen bör bestå av sex till åtta deltagare. Ett högre eller lägre antal deltagare kan ge problem i analysarbetet samt presentationen av resultatet.

Val av intervjumiljö är också viktig. Att få samtala i en lugn och trygg miljö kan underlätta för deltagaren att sätta ord på sina känslor och dela med sig av sina upplevelser samt erfarenheter. Här fick deltagarna själva välja intervjuplats. Det var på avdelningen, mottagningen eller i hemmet enligt deltagarens önskemål. Deltagarna informerades om en preliminär tidsåtgång inför intervjutillfället samt att de hade möjlighet att komplettera intervjun efter inspelningen, för att deltagarna skulle känna sig trygga under inspelningen och därmed öka möjligheten att få utvecklade svar. Småprat inledde varje intervjutillfälle för att deltagarna skulle känna sig avslappnade.

Data insamlades under fyra och en halv vecka under våren som var en kort och begränsad period.

Provintervjun utfördes och detta ledde till att intervjuguiden fungerade bra och kunde användas för att författaren skulle ställa liknande frågor till alla deltagare. Syftet var att få fram deltagarnas svar som skulle täcka alla områden inom studiens syfte/ frågeställningar. Förutom inspelade samtal, digital inspelning, antecknade författaren också stödord för att kunna följa upp deltagarens svar och ställa följdfrågor samt observera deltagarens kroppsspråk.

Resultatets *tillförlitlighet* kan stärkas genom en noggrann beskrivning av analysarbetet (& Lundman & Granheim, 2012). Föreliggande studie genomfördes med intervjuer av en författare. Författaren själv skrev ut innehållet från de digitala inspelningarna vilket ökade värdet för analysen med upprepad kontakt med materialet, där det även var lättare att reda ut otydlighet vid dålig ljudkvalitet. Transkriberingen skrevs ned ordagrant inklusive pauser och skratt samt suckande för att få en känsla av sammanhang. Analys av materialet har gjorts

systematiskt och stegvis för att förstå innebörden samt för att få en bättre förståelse av helheten. Under analysprocessen har författaren haft kontakt med handledaren för att få den bedömd, vilket stärker studiens tillförlitlighet.

Överförbarhet handlar om i vilken uträkning resultatet kan överföras till andra grupper. Författaren kan ge förslag och skapa förutsättningar för överförbarhet, men det är läsaren som avgör om studieresultatet är överförbart eller inte (Lundman & Granheim, 2012). I föreliggande studie finns det en tydlig beskrivning av urvalsprocessen, där inklusionskriterierna var att tillfrågade patienter var över 18 år, har huvuddiagnos bipolär sjukdom och hade använt något av de läkemedel som används till medicinering av bipolär sjukdom, samt upplevelse av viktuppgång på grund av medicinens biverkningar. Det var ett medvetet val att fokusera på personer som var över 18 år samt har bipolär sjukdom, vilket studieresultatet kan anse vara överförbart till andra vuxna personer med bipolär sjukdom än de personer som har ingått i studien.

Att deltagarna var från spridda mottagningar och avdelningar med olika lång erfarenhet stärker studiens överförbarhet. Studien utfördes med sex deltagare, det är få personer men inte en liten datamängd. Författarens studieresultat framhäver att upplevelser och erfarenheter av viktökning i samband med medicinering hos patienter med bipolär sjukdom kan tillföra viktig information för andra patienter med bipolär sjukdom som ska kunna leta fram alternativa svar för möjlighet att lindra sitt lidande.

Författarnas förförståelse

Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) är förförståelse den bild som författaren har av fenomenet som skall undersökas. Detta inkluderar bland annat teoretisk kunskap, tidigare erfarenheter och förutfattade meningar. Författaren har flera års erfarenhet av att arbeta inom psykiatrisk vård och har också haft kontakt med patienter som har bipolär sjukdom. Författaren är medveten om att ha en förförståelse och av vad det kan innebära att leva med bipolär sjukdom. Det har hjälpt författaren att ställa följdfrågor och få fram ytterligare information genom deltagarnas upplevelser och erfarenheter. Däremot har författaren inte rollen som behandlare av studiens deltagare. Det innebär att det inte finns risk för sammanblandning av roller, till exempel patienter/ deltagare är i beroendeställning till författaren som behandlare eller deras behandling blir påverkad.

Begränsningar

En begränsning är att intervjuerna genomfördes på en kort tid och deltagarna tillfrågades/ valdes ut av någon annan än författaren, vilket försvårade möjligheten att få hjälp att rekrytera deltagare enligt inklusionskriteriet, vid rätt tidpunkt. Det var önskvärt från författaren att få någon yngre deltagare än 25 år (ung vuxen) som skulle representera sin åldersgrupp och dela med sig av sina erfarenheter inom aktuellt område. Detta var tyvärr inte genomförbart.

Slutsats

Resultatet visar att personer med bipolär sjukdom lider mycket av viktökning i samband med medicinens biverkningar. Det belyser att viktproblem är svårhanterbart och förbisett av sjukvården, vilket gör att livskvaliteten blir svår att bevara. Att problem tas på allvar och att få information samt stöd inom det aktuella området ansågs vara nödvändigt för att kunna lindra vårdlidande.

Examensarbetets betydelse

Studien har betydelse för både personer med bipolär sjukdom och vårdare. Tanken var att föreliggande studie ska kunna ge vården förståelse om patientens upplevelser, deras mående och deras uttryckande om lidande i kampen att hantera oönskad viktökning på grund av medicinernas biverkningar utifrån patientperspektiv. Det framkom att viktökningen var svår att hantera och viktproblemet inte blev sedd av vården. Vidare uttrycktes förväntningar av att vården skulle ta deras problem på allvar och ett önskemål om behov av kontinuerlig vårdkontakt. Det påpekades att dagens vård inte var tillräcklig för att få patienten att känna av en trygg och säker vård. Förutom att utvärdera läkemedelsbehandlingen, bör vården utveckla strategier för att aktivt arbeta med hälsoinriktade och förebyggande behandlingsåtgärder, exempelvis upplysa om risken och ge råd samt genomföra kontinuerlig viktkontroll. Författaren anser att ytterligare forskning behövs på vården, för att få förståelse för hur vården ska kunna bemöta patienters behov och vilka tilltänkande åtgärder på viktökning i samband med medicinering hos personer med bipolär sjukdom som kan göras för att kunna lindra patientens lidande samt bevara deras välbefinnande.

REFERENSER

Adler, M. (Red.). (2014). *Bipolär sjukdom- kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Stockholm: Svenska Psykiatriska Föreningen och Gotthia Fortbildning.

Anserud, R.(2011). *Ett bipolärt hjärta*. Stockholm: Lindqvist Publishing.

Asp, C.(2012). *Med mitt liv i mina händer: att leva med bipolär sjukdom*. Stockholm: Papertalk.

Backlund, L. (2013). *Bipolär sjukdom*. Hämtad 2015-12-29, från:
<http://www.1177.se/Skane/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Manodepressiv-sjukdom---bipolar-sjukdom/>

Beckman, V., & Fahlén, T. (2005). *Vulkanutbrott och istider*. Stockholm: Cura.

Beermann, B., & Persson, I. (2015). *Läkemedelsbiverkningar*. Hämtad 2016-01-04, från:
http://www.lakemedelsboken.se/kapitel/lakemedelsanvandning/lakemedelsbiverkningar.html#x3_2

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B.O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande – I teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Dalberg, K.(2014). *Att undersöka hälsa & vårdande*. Stockholm Natur & Kultur.

Danielsson, E.(2013). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricsson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod. Från Ide till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, ss. 163-174.

Ekman, M., Granström, O., Omerov, S., Jacob, J., & Landén, M. (2013). The societal cost of bipolar disorder in Sweden. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48(10), 1601-1610.

Goossens, P.J.J., Wijngaarden, B. van., Knoppert-van der Klein, E.A., & Achterberg, T. van. (2008). Family caregiving in bipolar disorder: caregiver consequences, caregiver coping styles, and caregiver distress. *International Journal of Social Psychiatry*, 54 (4), 303-316.

- Hallberg, I. (1987). *Psykisk hälsa psykisk omvårdnad*. Stockholm: Esselte Studium.
- Hägström, L. (2012). *Nya Bipoläroboken- behandlingsstrategier för klinikern*. Mölndal: Affecta Bokförlag.
- Kessler, R.C., Petukhova, M., Angst, J., Merikangas, K. R., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M., & Akiskal H.S.A. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psykiatri*, 64 (5), 543-552.
- Kvalitetsregister Bipolär. (2014). *Kvalitetsregister Bipolär Årsrapport 2014 -Nationella kvalitetsregistret för bipolär affektiv sjukdom*. Hämtad 2016-05-10, från: http://www.psykiatriregister.se/sites/default/files/documents/bipolar_arsrapport_2014.pdf
- Long, T., & Johnsson, M. (2000). Rigour, reliability and validity in qualitative research. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 4(1), 30-37.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär., & B. Höglund Nielsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, ss. 187-220.
- O'Keefe, C.D., Noords, D.L., Liss, T.B., & Weiss, H. (2003). Reversal of antipsychotic-associated weight gain. *J Clin Psychiatry*, 64(8), 907-912.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2013). *Forskningsprocessen - Kvalitativa och kvantitativa Perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Polit, D., & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9thedn. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkens.
- Rafaelsen, O.J., & Ottosson, Jan-Otto. (1981). *Depression-melankoli-mani*. Lund: Natur och Kultur.
- Rusner, M., Carlsson, G., Brunt, D., & Nyström, M.(2009). Extra dimensions in all aspects of life-the meaning of life with bipolar disorder. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 4(3), 159-169.
- Rusner, M. (2012). *Bipolär sjukdom-ur ett existentiellt perspektiv*. Doktorsavhandling. Linneuniversitetet, Intuitionen för hälso- och vårdvetenskap.

Rusner, M. (2014). Vård för ett bärkraftigt vardagsliv vid psykisk ohälsa. I Wiklund Gustin. L (Red.). *Vårdande vid psykisk ohälsa- på avancerad nivå*. Lund: Studentlitteratur, ss. 399-415.

SBU- Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering. (2009). *Att förebygga återfall i bipolär sjukdom Läkemedelsbehandling vid manodepressiv sjukdom*. Stockholm: Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering- SBU. Hämtad 2016-06-03, från:
http://www.sbu.se/contentassets/bcbef89149574c79add1024942f96561/att_forebygga_aterfall_i_polar_sjukdom.pdf

SBU- Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering. (2012). *Att förebygga återfall i bipolär sjukdom*. Stockholm: Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering- SBU. Hämtad 2015-12-28 från: <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Kommentar/Att-forebygga-aterfall-i-bipolar-sjukdom/>

SBU- Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering. (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården en handbok*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering – SBU. Hämtad 2016-01-03, från: <http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/SBUHandbok.pdf>

SBU- Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering. (2015). *Underhållsbehandling med nyare antipsykotiska läkemedel vid bipolär sjukdom*. Stockholm: Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering- SBU. Hämtad 2016-05-10, från:
http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/3/Underhallsbehandling_med_nyare_antipsykotiska_lakemedel_vid_bipolar_sjukdom.pdf

SFS 1998:204. *Personuppgiftslagen*. Stockholm: Justitiedepartementet. Hämtad 2016-01-03, från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/

Socialstyrelsen. (2011a). *Bipolär sjukdom*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2015-12-29, från:
<http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/halsoproblem/Bipolarsjukdom/Sidor/Default.aspx>

Socialstyrelsen. (2011b). *Bipolär sjukdom – behandling*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2015-12-29, från:
<http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/halsoproblem/Bipolarsjukdom/Sidor/Bipolar-sjukdom-behandling.aspx>

Socialstyrelsen. (2012). *Patientens rätt till fast vårdkontakt – verksamhetschefens ansvar för patientens trygghet, kontinuitet och samordning*. Hämtad 2016-05-10 från:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18864/2012-10-21.pdf>

Socialstyrelsen (2016). *Bipolär sjukdom - F30, F31*. Hämtad 2016-06-03, från:

<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/bipolarsjukdom-f30-f31>

Svensson, P.G.& Starrin, B. (1996). *Kvalitativ studier i teori och praktik*. Lund:

Studentlitteratur.

Sykepleiernes Samabeide i Norden. (2003). *Etiske retningslinjer for omvårdningsforskning i Norden*. Hämtad 2016-01-03 från:

<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf>.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer*. Hämtad 2016-01-03, från:

<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Zolnierek, C.D. (2011). Exploring lived experiences of persons with severe mental illness: a review of the literature. *Issues in mental health nursing*, 32(1), 46-72.

BILAGA 1. FÖRFRÅGAN TILL DELTAGANDE I EN INTERVJU

Institution för folkhälso- och vårdvetenskap. Gäller 15 hp.

Specialistsjuksköterskeprogrammet

Förfrågan till deltagande i en intervju

Detta brev är en förfrågan om du vill delta i en studie om upplevelse och erfarenheter av medicinens biverkningar i samband med viktökning hos personer med bipolär sjukdom. Vidare är syftet att ta reda på vilket stöd patienter fått för att hantera viktökning relaterat till medicinens biverkningar och deras förväntningar på sjukvården inom aktuellt område.

Genom att få ta del av dina erfarenheter kan detta förhoppningsvis leda till en ökad förståelse hos sjukvården om vikten av ditt behov för en bättre livskvalitet trots sjukdom.

Insamling av material kommer att ske via intervju som inspelas digitalt. Intervjun kommer att ske på mottagningar, avdelningar eller någon annan plats om så önskas. Intervjun beräknas ta ca 30-60 minuter. Komplettering av intervjun förekommer i efterhand vid behov.

Du som deltagare försäkras om att allt material hålls konfidentiellt. Med det menas en säkerhet för dig som ingår i studien att obehöriga inte kommer ha möjlighet att ta del av insamlat material, samt att din identitet inte kommer att kunna identifieras. Ditt namn kommer inte att anges. Denna studie är frivillig och du kan när som helst dra dig ur studien, utan förklaring.

Nedanstående sjuksköterska studerar till specialistsjuksköterska och kommer inom en vecka att kontakta dig via telefon eller mail för uppföljning av denna förfrågan.

Studien kommer att redovisas i form av en uppsats vid Uppsala universitet.

Mai Dang

Tel: 070-7443622

Mail: phuong.dang.thi.mai@akademiska.se

Handledare:

Caisa Öster

Tel: 018-611 9849

Mail: caisa.oster@neuro.uu.se

BILAGA 2. FRÅGEGUIDEN

Bakgrundsfrågor:

Ålder?

Kön?

Hur länge har du haft stämningsstabiliserande/ antipsykosläkemedel behandling som tillägg eller enbart medicinering vid bipolär sjukdom?

Hur många kilogram har du gått upp i vikt sedan du började medicinera med stämningsstabiliserande/ antipsykosläkemedel som tillägg eller enbart medicinering?

När var din senaste viktkontroll hos vårdaren?

Intervjuguide:

- Berätta om din upplevelse av hur medicinbiverkningar i samband med viktökning påverkar dig?
- Vad tycker du är mest besvärande av medicinbiverkningar i samband med viktökning?
- På vilket sätt brukar du hantera besvär (medicinbiverkningar i samband med viktökning) när den uppkommer?
- Vilka stöd har du fått för att hantera medicinbiverkningar i samband med viktökning och vad tycker du om stödet? (Av vem får du information om biverkningar och hur det ska hanteras?)
- Vad har du för förväntningar/ önskemål på vad sjukvården ska göra för att tillgodose ditt behov?

Följdfrågor:

- Kan du berätta mer? Kan du beskriva vidare? Kan du utveckla det du sa om..?
- Varför...? Hur skulle du...? Hur gör du när du...?
- På vilket sätt? Vad känner du? Vad menar du? Vad anser du om...?

