



**RÖDA KORSET'S HÖGSKOLA**

- utbildning & forskning inom vårdområdet

Sjuksköterskeprogrammet 180hp

Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete

VK 09, 15 hp

VT 2011

## **FYSISK HÄLSA HOS VUXNA PERSONER MED SCHIZOFRENI**

Författare: Tanja Uzelac och Petra Vinberg

## SAMMANFATTNING

Hälsa anses vara en mänsklig rättighet och är svårdefinierbart då det upplevs olika av olika individer. Psykisk ohälsa behöver inte innebära en psykiatrisk diagnos. Den definieras snarare utifrån hur man hanterar olika livssituationer som kan stötas på under livets gång. Schizofreni är en livslång och allvarlig sjukdom som påverkar hur personen tänker, känner och beter sig. De svåra symtomen som sjukdomen innebär kan vara begränsande för den drabbade, vilket kan få konsekvenser för den fysiska hälsan. Syftet med studien var att beskriva hur litteraturen skildrar den fysiska hälsan hos vuxna personer med schizofreni. Metoden som användes var en allmän litteraturstudie där 11 kvantitativa studier analyserades. I resultatet framkom två kategorier med ett antal underkategorier: *Riskfaktorer för sjukdom hos vuxna personer med schizofreni* och *Vanliga somatiska sjukdomar hos vuxna personer med schizofreni*. En rad olika bidragande faktorer för ohälsa förekommer hos personer med schizofreni, vilket leder till att de drabbas av fysisk ohälsa. Slutsatsen är att personer med schizofreni löper större risk att drabbas av fysisk ohälsa på grund av olika livsstilsfaktorer.

Nyckelord: schizofreni, fysisk hälsa, vuxna.

## SUMMARY

Health is considered a human right and is difficult to define as it is experienced differently by different individuals. Mental illness does not necessarily mean a psychiatric diagnosis. It is defined rather from how to handle different situations that people may encounter throughout life. Schizophrenia is a lifelong and serious disease that affects how the person thinks, feels and behaves. The severe symptoms of the disease may be limiting for the affected person, which may have implications for physical health. The purpose of this study was to describe how the literature portrays the physical health of adults with schizophrenia. The method used was a literature review where 11 quantitative studies were analyzed. The results revealed two categories with several subcategories: *Risk factors for disease in adults with schizophrenia* and *Common illnesses in adults with schizophrenia*. A variety of contributing factors for the illness occurs in people with schizophrenia, with the result that they suffer from physical illness. The conclusion is that people with schizophrenia are at greater risk of physical ill health because of various lifestyle factors.

Keywords: schizophrenia, physical health, adults.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING.....	1
2	BAKGRUND.....	1
	2.1 Definitionen av hälsa.....	1
	2.2 Psykisk ohälsa.....	2
	2.3 Psykos, vad innebär det?.....	2
	2.4 Schizofreni.....	3
	2.5 Behandling av schizofreni.....	4
	2.6 Riskfaktorer som kan leda till fysisk ohälsa.....	5
3	PROBLEMFÖRMULERING.....	6
4	SYFTE.....	6
5	METOD.....	7
	5.1 Urval.....	7
	5.2 Datainsamlingsmetod.....	8
	5.3 Dataanalys.....	10
6	ETISKA ASPEKTER.....	10
7	RESULTAT.....	11
	7.1 Riskfaktorer för sjukdom hos vuxna personer med schizofreni.....	11
	7.2 Vanliga somatiska sjukdomar hos vuxna personer med schizofreni.....	13
8	DISKUSSION.....	16
	8.1 Metoddiskussion.....	16
	8.2 Resultatdiskussion.....	17
	8.3 Slutsats.....	18
	8.4 Klinisk betydelse.....	19
	8.5 Förslag på vidare forskning.....	19
9	REFERENSER.....	20
10	BILAGA/BILAGOR.....	26

# 1 INLEDNING

Författarna till denna studie är två sjuksköterskestudenter som under sjuksköterskeutbildningen genomförde verksamhetsförlagd utbildning (VFU) inom psykiatrin och upplevde att omvårdningsfokus mestadels låg på patienternas psykiatriska diagnoser och deras psykiska hälsa. Bland de psykiatriska diagnoserna fanns schizofreni som är en svår psykisk sjukdom och frekvent förekommande inom psykiatrisk vård. Som sjuksköterska är det viktigt med ett holistiskt patientperspektiv där även de fysiska faktorerna tas med i omvårdningen, då även de påverkar patientens hälsa som det beskrivs av Reed (2008). Upplevelsen är att dessa patienters fysiska behov och deras fysiska hälsa kom i skymundan. Diagnosen schizofreni och dessa patienters fysiska hälsa väckte ett intresse hos oss att ta reda på hur den fysiska hälsan beskrivs i litteraturen när det gäller denna patientgrupp.

## 2 BAKGRUND

I bakgrunden beskrivs definitionen av begreppen hälsa och hur psykisk ohälsa definieras i litteraturen. Vidare ges en allmän beskrivning av psykossjukdom, dess orsaker och diagnosen schizofreni, som är en psykossjukdom. Behandlingen av schizofreni förklaras och slutligen ges en kort beskrivning av några riskfaktorer som kan leda till fysisk ohälsa.

### 2.1 Definitionen av hälsa

Hälsa är en grundläggande mänsklig rättighet och blev erkänd i Universal Declaration of Human Rights (1948). Den kanske mest kända hälsodefinitionen är den som stiftades av Världshälsoorganisationen (WHO, 1948):

Eng: "Health is a state of complete physical, mental and social well being and not merely the absence of disease or infirmity"

"Hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och ej blott frånvaron av sjukdom eller handikapp." (Pellmer & Wramner, 2007).

Definitionen har omarbetats då den ansågs vara opraktisk och onåbar (Pellmer & Wramner, 2007).

Enligt Salmela, Fagerström och Eriksson (2007) är hälsobegreppet svårdefinierbart och beskriver att hälsa är något subjektivt och upplevs olika av olika individer. Det är ett både kulturellt och socialt betingat fenomen som upplevs utifrån individens olika förutsättningar. Vidare betonar Salmela et al. (2007) att hälsa inte är statiskt, utan kan ses som ett tillstånd, en resurs, en process eller en upplevelse. Enligt den humanistiska synen ses människan i sin helhet, som en kulturell, social, fysisk, psykisk och andlig varelse. Denna holistiska människosyn antyder att människan kan uppleva hälsa trots sjukdom. Den biomedicinska synen på hälsa fokuserar däremot på den fysiska kroppen och menar att hälsa enbart är frånvaro av sjukdom (Salmela et al., 2007; Pellmer & Wramner, 2007).

## **2.2 Psykisk ohälsa**

Psykisk ohälsa är ett stort folkhälsoproblem enligt Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke (2010). Det fastställs att hälften av oss kommer någon gång att drabbas av psykiska problem (Skårderud et al., 2010). Med psykiska problem menas nödvändigtvis inte en psykiatrisk diagnos. Skårderud et al. (2010) förklarar att det är en flytande gräns mellan känslor som sorg, lidande, smärtfyllda livsproblem och psykiatriska diagnoser. Vidare beskrivs det att utmaningar och motgångar hanteras på olika sätt av olika människor, tålig som sårbar. Psykisk hälsa och psykisk ohälsa är svårdefinierbart menar Skårderud et al. (2010). Vidare beskriver Skårderud et al. att psykisk hälsa är något som bör bedömas individuellt då vi alla är olika och påverkas på olika sätt av livets påfrestningar. Enligt Bergsten Brucefors, Cederström och Michélsen (2005) kan psykisk hälsa definieras utifrån fyra utgångspunkter: kunna utvecklas som person och ha ett eget ”jag”, kunna etablera ett socialt liv, kunna anpassa sitt psykiska handlande till omgivningen samt ha självförtroende och tro på sina egna resurser.

## **2.3 Psykos, vad innebär det?**

Enligt Stockholms läns landsting (SLL, 2008) vårdas årligen cirka 0,7 % av befolkningen för psykosjukdom. Psykos kännetecknas av förändrad verklighetsuppfattning med vanföreställningar, hallucinationer, oförutsedda och ofta aggressiva beteenden och oordnade tankar. Symtomen varierar i svårighetsgrad och kan vara väldigt skrämmande för patienten, men även för anhöriga och omgivningen.

Psykos drabbar både män och kvinnor, men är mer förekommande bland män. De som drabbas är ofta i övre tonåren och yngre vuxna. (Reed, 2008; Hultsjö, Berterö & Hjelm, 2009; Askey, 2002). Enligt Skårderud et al. (2010) har människor med långvariga psykostillstånd ofta även andra problem så som ensamhet, dålig ekonomi, nedsatt arbetsförmåga, ångest och missbruk.

Orsakerna till psykosjukdom är till stor del okända enligt Cardno et al. (1999) men däremot finns det olika hypoteser kring varför psykos uppstår. Vidare beskrivs det av Cardno att ärftlighet är en vanligt förekommande förklaring. Det finns även ett samband mellan äldre fäder och psykosjukdom menar Dalman och Allebeck (2002). Graviditets- och förlossningsskador, så som näringsbrist (Cannon, Jones & Murray, 2002), infektioner och stress hos mamman (Brown et al., 2005; Spauwen, Krabbendam, Lieb, Wittchen & van Os, 2004) kan ge en ökad risk för psykosjukdom. Andra faktorer som diskuteras är socioekonomiska faktorer under uppväxten, så som migration, ekonomisk situation, livshändelser och trauman (Wicks, Hjern, Gunnell, Lewis & Dalman, 2005). Även cannabissmissbruk diskuteras i detta sammanhang (Arseneault, Cannon, Witton & Murray, 2004).

## **2.4 Schizofreni**

Schizofreni kan definieras utifrån Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, även känd som DSM-IV. Detta är en manual som publiceras av American Psychiatric Association och som täcker alla nu kända psykiatriska sjukdomstillstånd och störningar. För att diagnosen schizofreni ska kunna fastställas ska vissa kriterier uppfyllas enligt DSM-IV. Översättningen till svenska är sammanställd i MINI-D IV (2002) (bilaga 1).

Schizofreni är en livslång och allvarlig psykisk sjukdom, som kan medföra svåra funktionshinder och utgör 50 % av alla psykosjukdomar. Sjukdomen påverkar hur patienten tänker, känner och beter sig. Sjukdomen debuterar oftast i åldrarna 20 -30 år. Prevalensen av schizofreni i Sverige är ca 1 % och den årliga incidensen ligger mellan 0,2 och 0,4 per 1000 personer. Incidensen är lika stor hos båda könen, men har senare debut, samt en mer benign sjukdomsprocess hos kvinnor (Mueser & McGurk, 2004).

Schizofreni karaktäriseras av positiva och negativa symtom, samt en kognitiv försämring. Med positiva symtom menas att upplevelser eller beteenden som inte hör till det normala har tillkommit, till exempel hallucinationer, vanföreställningar och paranoida tankar. Med negativa symtom menas symtom som tros bero på att en psykisk funktion avtagit eller bortfallit, till exempel bristande motivation, socialt tillbakadragande, koncentrationssvårigheter samt utarmat språk och tankeliv. Den kognitiva försämringen inkluderar psykomotoriska problem, minnes- och inlärningssvårigheter, samt svårigheter att genomföra olika aktiviteter i vardagen. De positiva symtomen är de som visar sig i det mest akuta skedet, men kan även hålla i sig över tid. De negativa symtomen är däremot mer uppenbara efter den akuta episoden (Gillam & Williams, 2008; Mueser & McGurk, 2004).

## **2.5 Behandling av schizofreni**

Behandlingen av schizofreni syftar till att reducera positiva och negativa symtom, identifiera eventuella utlösande faktorer, förhindra suicid och suicidförsök, samt hjälpa patienten att påbörja återhämtningen. Målet är att patienten återigen ska känna livskvalitet samt återgå till livssituationen innan psykosepisoden (White, 2003).

Behandlingen består av farmakologisk behandling samt någon form av psykoterapi, till exempel kognitiv beteende terapi (KBT). I den mest akuta fasen består behandlingen av antipsykotiska preparat. Tidig farmakologisk behandling i det akuta skedet är av stor vikt för att förkorta de psykotiska episoderna. Dessa läkemedel har en väl dokumenterad effekt även som underhållsbehandling (Askey, 2002). Case-management är en annan behandlingsform för psykossjukdomar. Den består av ett team med personer från olika yrkeskategorier som hjälper patienten med behandling och rehabilitering, samt lägger upp ett adekvat rehabiliteringsprogram tillsammans med patienten och anhöriga. Andra behandlingsformer som nämns i litteraturen är Elektrokonvulsiv terapi (ECT), psykiatrisk sjukgymnastik och olika gruppverksamheter som syftar till ökad social funktion och återhämtning (SLL, 2008; Skårderud et al., 2010). En nyckelfaktor i behandlingen av psykossjukdomar är att utbilda patienten och närstående om sjukdomen och dess läkemedel, så kallade psykoedukativa interventioner.



På så sätt kan man öka medvetenheten för tidiga varningstecken för återinsjuknande (Askey, 2002).

Generellt sker behandlingen och vården av patienter med schizofreni i hemmet och öppenvården för att undvika hospitalisering och bevara omständigheterna kring patienten så naturliga som möjligt. Psykiatrisk heldygnsvård krävs i de fall där patienten är en fara för sig själv och andra, som till exempel suicidförsök eller när det föreligger risk för våldshandlingar på grund av hallucinationerna och vanföreställningarna (Larsen et al., 2004; Malla, Norman & Jooper, 2005).

## **2.6 Några riskfaktorer som kan leda till fysisk ohälsa**

Livsstilsfaktorer så som stress, malnutrition, rökning, fysisk inaktivitet, alkoholriskbruk och användning av droger påverkar den mentala och fysiska hälsan negativt (Kawada, Kuratomi & Kanai, 2009). Hjärtkärlsjukdomar, så som högt blodtryck, men även den livsstilsrelaterade sjukdomen diabetes typ 2 (Smith-DiJulio & Andersson, 2009; Twinn, Lee & Thompson, 2010), kopplas samman med dessa livsstilsfaktorer och levnadsvanor. Högt blodtryck förklaras som ett varaktigt systoliskt blodtryck över 140 mmHg eller diastoliskt blodtryck under 90 mmHg (Socialstyrelsen, 2010). Övervikt och fetma är en stor, bidragande orsak till fysisk sjukdom enligt Statens folkhälsoinstitut (FHI, 2010). Body Mass Index (BMI) anses vara normalt om det ligger mellan 20-25. BMI på 25-30 klassificeras som övervikt och BMI över 30 klassificeras som fetma (FHI, 2010). Kombinationen av diabetes typ 2, övervikt, högt blodtryck och ogynnsam fördelning av blodfetterna kallas för metabola syndromet (Mosand & Førsund, 2009).

Enligt en lägesrapport om levnadsvanor sammanställd av FHI (2010) kan flera sjukdomar, däribland psykiska sjukdomar, förebyggas med friskfaktorer så som fysisk träning och goda matvanor. Wand och Murrey (2008) förklarar att regelbunden träning minskar risken för flera kroniska mentala sjukdomar som depression och ångestsyndrom.

### **3 PROBLEMFORMULERING**

Hälsa är en grundläggande mänsklig rättighet. Psykisk ohälsa är ett av våra största folkhälsoproblem. Både hälsa och psykisk ohälsa är svårdefinierbart och det är en flytande gräns mellan psykisk ohälsa och en psykiatrisk diagnos. Att ha en psykossjukdom kan vara väldigt begränsande för den drabbade. Psykossjukdomen schizofreni innebär lägre motivation och svårigheter att utföra olika aktiviteter i vardagen till följd av vanföreställningarna och hallucinationerna. Detta kan leda till att den fysiska hälsan påverkas. För diagnosen schizofreni krävs en livslång behandling med antipsykotika som kan leda till biverkningar, som i sig kan påverka den fysiska hälsan. På grund av dessa faktorer är det av intresse att ta reda på hur den fysiska hälsan hos personer med schizofreni skildras i litteraturen.

### **4 SYFTE**

Syftet är att beskriva hur litteraturen skildrar den fysiska hälsan hos vuxna personer med schizofreni.

## 5 METOD

Detta är en allmän litteraturstudie. En strukturerad metod har använts för att skapa en bild av det valda området inom omvårdnadsvetenskap (Friberg, 2006). Metoden innebär ett systematiskt val av forskningsartiklar vilka har kvalitetsgranskats och analyserats för att till slut resultera i en beskrivande översikt av det aktuella området. Artikelsökningen har gjorts med vårt syfte för ögonen.

Kvantitativa studier har granskats och ligger till grund för resultatet. Friberg (2006) beskriver att kvantitativ forskning bygger på mätningar och jämförelser, vilket ger evidensbaserade resultat. Enligt Polit och Beck (2010) innebär kvantitativa forskningsmetoder att systematiskt samla in empirisk och kvantifierbar data.

### 5.1 Urval

En översiktlig sökning gjordes först för att få en uppfattning om vad det finns för forskning kring det valda området. Då de kvantitativa studierna dominerade forskningen och överensstämde bäst med syftet, blev kvantitativa studier ett av kriterierna. Sedan gjordes den egentliga litteratursökningen.

Inklusionskriterierna var vetenskapliga, kvantitativa artiklar från år 2005 till 2011, studier om diagnosen schizofreni, studier om den fysiska hälsan hos personer med schizofrenidiagnos, samt studier om vuxna personer över 18 år. Exklusionskriterierna var litteraturstudier och studier skrivna på andra språk än engelska.

Under litteratursökningen lästes ett antal abstracts (tabell 1). De abstracts som inkluderades var de som tog upp diagnosen schizofreni hos vuxna och fysisk hälsa. Fokus riktades inte mot detaljer i studiernas abstracts, utan mot det som var mest utmärkande i studiernas resultat och var relevant för syftet, så kallat helikopterperspektiv (Friberg, 2006). Friberg påpekar också att syftet är det som styr urvalet av studierna.

## 5.2 Datainsamlingsmetod

För att kontrollera sökorden slogs de upp i Medical Subjects Headings (MeSH), som är ett sökverktyg för användningen av medicinsk terminologi i litteraturen.

Första sökningen började i Cinahl, Medline, AMED och Academic Search Elite för att få största möjliga bredd på sökningarna. De sökorden som användes var:

”Schizophrenia” och ”Physical health”. Sökningen skedde med sökorden en och en och sedan kombinerat med varandra, med hjälp av booleska sökoperatorer (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). Ett antal begränsningar gjordes och slutligen blev det 187 träffar (tabell 1). Alla abstracts (n=187) lästes igenom. Som Friberg (2006) påpekar användes helikopterperspektivet vid genomläsning av alla abstracts (n=187). Fokus låg inte på alla detaljer i dem, utan snarare innehållet och sambandet med syftet.

Slutligen stämde fyra studier överens med syftet.

Andra sökningen gjordes i databasen SCOPUS då tidigare sökning gav för få studier.

Liksom de ovannämnda databaserna innehåller SCOPUS vetenskaplig litteratur.

Samma sökord användes, både enskilt och kombinerat med varandra. Sökningen resulterade i 452 träffar (tabell 1). Av 452 studier stämde 264 studiers titlar överens med syftet vars abstracts (n=264) lästes igenom med hjälp av helikopterperspektivet (Friberg, 2006). Slutligen stämde sju studier överens med syftet (tabell 1). Totalt blev det elva kvantitativa studier. Alla elva studier kvalitetsgranskades enligt Friberg (2006). För att få en överblick över studiernas syfte, metod och resultat, skapades en artikelmatris (bilaga 2).

**Tabell 1.** Litteratursökning i databaser.

Sökord/Datum	Databaser	Träffar	Lästa abstracts	Antal som överrensstämmer med syftet	Nr. i artikelmatris
Schizophrenia (MeSH) 2011-04-18	Cinahl, MEDLINE, AMED, Academic Search Elite	146878			
Physical health (MeSH) 2011-04-18	Cinahl, MEDLINE, AMED, Academic Search Elite	41233			
Schizophrenia (MeSH) AND Physical health (MeSH) 2011-04-18	Cinahl, MEDLINE, AMED, Academic Search Elite	3520			
Ovanstående sökord med begränsningarna: -Peer Reviewed -References Available -2008-2011	Cinahl, MEDLINE, AMED, Academic Search Elite	187	187	4	1, 5, 7 och 9.
Schizophrenia (MeSH) 20110420	SCOPUS	124449			
Physical health (MeSH) 2011-04-20	SCOPUS	145650			
Schizophrenia (MeSH) AND Physical health (MeSH) 2011-04-20	SCOPUS	1222			
Ovanstående sökord med begränsningarna: -Peer Reviewed -References Available -2005-2011	SCOPUS	452	264	7	2, 3, 4, 6, 8, 10 och 11.

### 5.3 Dataanalys

I analysen användes en analysmetod bestående av tre steg, som beskrivs i Friberg (2006). Första steget innebär ingen aktiv analys, utan syftar till att få en övergripande bild av textmassan. Studierna lästes grundligt flera gånger, med syftet för ögonen, för att få en känsla för vad de handlar om, som även Axelsson (2008) beskriver. Andra steget är den egentliga analysen. Studiernas resultat lästes igenom återigen, för att få en djupare insikt i vad de handlar om. Utifrån metoden som tas upp i Friberg (2006) och Axelsson (2008) gjordes egna anteckningar vid sidan om för att identifiera likheter och skillnader i studierna, samt vad som överrensstämde med syftet. Alla studier (n=11) fick en egen siffra, för att underlätta anteckningarna. Friberg (2006) och Axelsson (2008) fastställer att detta sätt underlättar överblicken av materialet och skapar struktur. Diskussion fördes mellan författarna till denna kandidatuppsats om innehållet i studierna för att få fram likheter och skillnader. Under tredje steget i analysen markerades likheterna i studierna med färgpennor som ledde till urskiljning av två grupper av likheter (Friberg, 2006; Axelsson, 2008). Grupperna sorterades till sist ut och blev till två kategorier med nio underkategorier. Huvudkategori 1: *Risikfaktorer för sjukdom hos vuxna personer med schizofreni* med tillhörande fem underkategorier: *Fetma, Rökning, Alkohol, Droger och Inaktivitet*. Huvudkategori 2: *Vanliga somatiska sjukdomar hos vuxna personer med schizofreni* med tillhörande fyra underkategorier: *Hjärtkärlsjukdomar, Respiratoriska sjukdomar, Diabetes typ 2 och Metabola syndromet*.

## 6 ETISKA ASPEKTER

Samtliga elva studier är godkända av ett etiskt råd och är vetenskapligt granskade. Detta menar Polit och Beck (2010) är viktiga element i vetenskapliga artiklar. Vidare förklarar Polit och Beck att ett särskilt viktigt tillvägagångssätt för att skydda deltagarnas rättigheter är att erhålla informerat samtycke, vilket har gjorts i alla av de ingående studierna i denna uppsats. Detta innebär att deltagarna har fått adekvat information om studien, att de förstår dess innebörd, samt att de närsomhelst under studiens gång har haft rätt att dra sig ur utan närmare förklaring. Studierna är skrivna på engelska vilket kan innebära att viss information kan ha misstolkats och att innehållet i studierna kan ha missuppfattats.

## 7 RESULTAT

Den fysiska hälsan hos personer med schizofreni kommer att presenteras utifrån de tidigare nämnda två kategorierna och dess nio underkategorier. Resultatet sammanställs även i en tabell (tabell 2).

### 7.1 Riskfaktorer för sjukdom hos vuxna personer med schizofreni

I studierna beskrivs rökning, övervikt/fetma, alkohol, droger och inaktivitet som en bidragande orsak till fysisk ohälsa hos personer med schizofrenidiagnos.

#### 7.1.1 Rökning

En bidragande orsak till fysisk sjukdom hos personer med schizofreni visade sig vara rökning i sju av totalt elva studier (Bernardo et al., 2009; Goff et al., 2005; Saiz-Ruiz, Saiz-González, Alegria, Mena, Luque & Bobes, 2010; Malhi et al., 2010; Filik et al., 2006; Bouza, López-Cuadrado & Amate, 2010a; Batki et al., 2009). Studierna (n=7) visar att personer med schizofreni röker i större mängder och oftare än personer utan schizofrenidiagnos. Mer än hälften av deltagarna i samtliga sju studier rökte dagligen och i en studie ända upp till 68 cigaretter per dag, vilket motsvarar 86,3 % av deltagarna (Batki et al., 2009). I en av studierna (Bernardo et al., 2009) var det 71 % av alla deltagare som rökte regelbundet. Samtliga sju ovanstående studier visade att det var fler män än kvinnor som rökte. Dessutom framkom att rökningen var den största riskfaktorn till hjärtkärlsjukdomar hos vuxna personer med schizofreni.

#### 7.1.2 Övervikt/fetma

Analysen visade att sex studier fastställde övervikt och fetma som en av de största riskfaktorerna som bidrar till en fysisk ohälsa hos personer med schizofrenidiagnos (Asher-Svanum, Stensland, Zhao & Kinon, 2005; Bernardo et al., 2009; Filik et al., 2006; Beebe, 2006; Malhi et al., 2010; Strassing, Brar & Ganguli, 2011). I två av studierna (Asher-Svanum et al., 2005; Bernardo et al., 2009) hade deltagarna ett medel-BMI mellan 25 och 30, vilket indikerar på övervikt. I de nämnda två studierna behandlades patienterna med antipsykotika. I de resterande fyra studierna låg medel-BMI på 30-35, vilket klassificeras som fetma (Filik et al., 2006; Beebe, 2006; Malhi et al., 2010; Strassing, Brar & Ganguli, 2011). I Strassing et al. (2011) var medel-BMI 37,2.

I denna studie var urvalskriterierna att deltagarna skulle ha en samtidig förekomst av övervikt eller fetma. I studien av Filik et al. (2006) hade 3,74 % av deltagarna extrem fetma som ger en ännu större risk för sjukdom (BMI > 40) jämfört med de utan schizofrenidiagnos, 1,3 %. I två studier (Malhi et al., 2010; Asher-Svanum et al., 2005) förklaras att övervikten/fetman hos vuxna personer med schizofrenidiagnos delvis beror på den medicinska behandlingen för sjukdomen schizofreni.

### 7.1.3 Alkohol

I sex av elva studier påvisades alkoholmissbruk hos mer än hälften av deltagarna (Batki et al., 2009; Bernardo et al., 2009; Bouza et al., 2010a; Bouza, López-Cuadrado & Amate, 2010b; Filik et al., 2006; Saiz-Ruiz et al., 2010). Batki et al. (2009) fann att 95 % av deltagarna hade ett alkoholberoende och de resterande 5 % ett alkoholmissbruk, vilket visade att samtliga deltagare överkonsumerade alkohol. I denna studie var alkoholmissbruk ett av urvalskriterierna. Fler män än kvinnor dricker alkohol, vilket visar på en könsskillnad i konsumtion av alkohol hos personer med schizofreni (Batki et al., 2009; Bernardo et al., 2009; Bouza et al., 2010a; Bouza et al., 2010b; Filik et al., 2006; Saiz-Ruiz et al., 2010).

### 7.1.4 Droger

Droger som nämns i studierna är cannabis, kokain, opiater, lugnande medel och metamfetamin (Batki et al., 2009; Bernardo et al., 2009; Bouza et al., 2010a; Bouza, et al., 2010b; Saiz-Ruiz et al., 2010). Cannabis är den drogen som missbrukades av flest deltagare i Batki et al. (2009), nämligen 53,8 % . I Saiz-Ruiz et al. (2010) uppgav 16, 43 % av deltagarna att de konsumerade illegala droger. Av dessa missbrukade 86,7 % cannabis. Den näst vanliga drogen är kokain som missbrukades av över 30 % av deltagarna i Batki et al. (2009). I Saiz-Ruiz et al. (2010) missbrukade 35, 7 % kokain av de deltagarna som uppgav att de konsumerade droger. Bernardo et al. (2009) påvisade att 15 % av deltagarna missbrukade kokain. Opiater, lugnande medel och metamfetamin är de drogerna som förekommer minst i studierna och påvisas bland deltagarna i endast en studie (Batki et al., 2009) och utgör 18,8 % tillsammans av samtliga deltagare. I två av studierna (Bouza et al., 2010a; Bouza et al., 2010b) påvisas droganvändning hos personer med schizofrenidiagnos utan att drogerna specificeras.



### 7.1.5 Inaktivitet

En stor medverkande faktor till övervikten och fysiska ohälsan visade sig vara inaktivitet (Bernardo et al., 2009; Beebe, 2006; Asher-Svanum et al., 2005). De tre studierna visar ett tydligt samband mellan inaktivitet och schizofreni.

Deltagarna utförde fysiska aktiviteter i mindre utsträckning än andra vuxna utan schizofrenidiagnos (Bernardo et al., 2009; Beebe, 2006; Asher-Svanum et al., 2005). I studien av Beebe (2006) visade det sig att alla deltagare orkade promenera mindre sträckor än vad som är medel för en frisk vuxen.

## 7.2 Vanliga somatiska sjukdomar hos vuxna personer med schizofreni

Hjärtkärlsjukdomar, respiratoriska sjukdomar, diabetes typ 2 och metabola syndromet beskrivs i tio av elva studier som de vanligaste sjukdomarna bland personer med schizofreni.

### 7.2.1 Hjärtkärlsjukdomar

Den vanligaste hjärtkärlsjukdomen visade sig vara högt blodtryck (Beebe, 2006; Bernardo et al., 2009; Saiz-Ruiz et al., 2010; Batki et al., 2009; Filik et al., 2006; Malhi et al., 2010; Goff et al., 2005). Batki et al. (2009) fastställde att hjärtkärlsjukdomar är den absolut vanligaste fysiska åkomman bland deltagarna. Hälften av urvalet i Batki et al. (2009) hade hjärtkärlsjukdomar som högt blodtryck, kranskärlssjukdom, perifer kärlsjukdom och hjärtmuskelsjukdom. Andra hjärtkärlsjukdomar som personer med schizofreni visade sig ha är ischemisk hjärtsjukdom och hjärtsvikt (Bouza et al., 2010a). Även en större sjuklighet och dödlighet i hjärtkärlsjukdomar påvisades hos personer med schizofreni jämfört med friska vuxna (Bouza et al., 2010a; Bouza et al., 2010b; Strassing et al., 2011).

### 7.2.2 Respiratoriska sjukdomar

I fem av elva studier konstaterades det att patienter med schizofrenidiagnos hade högre risk att insjukna i respiratoriska sjukdomar som astma och KOL jämfört med personer utan schizofrenidiagnos (Batki et al., 2009; Bouza et al., 2010a; Bouza et al., 2010b; Filik et al., 2006; Saiz-Ruiz et al., 2010). Batki et al. (2009) och Bouza et al. (2010b) kom fram till att ungefär lika stor andel av deltagarna hade respiratoriska sjukdomar, 28,8 % respektive 28,4 %.

I två studier hittades likheter gällande andelen personer som hade respiratoriska sjukdomar, 12,3 % (Bouza et al., 2010a) och 14,63 % (Saiz-Ruiz et al., 2010). Risken att rapportera respiratoriska symtom som andfåddhet, upphostningar och pipande andning visade sig vara högre hos personer med schizofrenidiagnos än hos andra människor (Filik et al., 2006).

### 7.2.3 Diabetes typ 2

Diabetes Mellitus typ 2 var en av de framträdande likheterna i sex av totalt elva studier. Personer med schizofrenidiagnos visade sig ha högre risk att insjukna i diabetes typ 2 jämfört med friska vuxna (Malhi et al., 2010; Batki et al., 2009; Bernardo et al., 2009; Bouza et al., 2010a; Bouza et al., 2010b; Goff et al., 2005). Goff et al. (2005) konstaterade att 13 % av deltagarna hade diabetes typ 2. Liknande siffror påträffades även i Malhi et al. (2010) där andelen var 12 %. Slutligen visades det i Batki et al. (2009) att 10 % av deltagarna hade diabetes typ 2 med samtidigt alkoholmissbruk. Likadana siffror påträffades i Bouza et al. (2010b) där 10 % av sjukhusvistelserna berodde på diabetes typ 2. I studien av Bouza et al. (2010a) konstaterades det att 8 % av deltagarna hade endokrina sjukdomar. Det framkommer inte vilka specifika endokrina sjukdomar det är. Bernardo et al. (2009) påvisade att 6 % av deltagarna hade diabetes typ 2 som upptäcktes efter noggrann undersökning. Av 733 deltagare i studien av Bernardo et al. (2009) blev inte 29 deltagare undersökta.

### 7.2.4 Metabola syndromet

I fyra av de elva granskade studierna uppfyllde en del av deltagarna kriterierna för metabola syndromet (Malhi et al., 2010; Bernardo et al., 2009; Batki et al., 2009; Saiz-Ruiz et al., 2010). Malhi et al. (2010) fann att 52,5 % av deltagarna uppfyllde samtliga kriterier, som är högt blodtryck, bukfetma, obalans i fördelningen av blodfetterna och nedsatt glukostolerans. Saiz-Ruiz et al. (2010) konstaterade att 12,79 % av deltagare hade det metabola syndromet. Information från 30,19 % av deltagarna var inte tillgänglig i denna studie. I studien av Bernardo et al. (2009) visade det sig att 20 % av patienterna uppfyllde kriterierna för metabola syndromet och i Batki et al. (2009) var det 23 % av deltagarna. I två studier, förutom de ovanstående, (Goff et al., 2005; Bouza et al., 2010a) beskrivs förekomsten av kriterier för det metabola syndromet som är höga blodfetter, högt blodtryck och metabola rubbningar bland patienter med schizofrenidiagnos utan att det metabola syndromet fastställs.

I ytterligare fem studier nämns somliga av kriterierna för det metabola syndromet (Bouza et al., 2010b; Asher-Svanum et al., 2005; Beebe, 2006; Filik et al., 2006; Strassing et al., 2011).

**Tabell 2.** De nio framkomna kategoriernas förekomst i studierna.

Studie Nr.	Hjärtkärl-sjukdomar	Rökning	Diabetes typ 2	Alkohol	Övervikt/fetma	Droger	Respiratoriska sjukdomar	Metabola syndromet	Inaktivitet
1. Asher-Svanum et al. (2005)					X				X
2. Batki et al. (2009)	X	X	X	X		X	X	X	
3. Beebe, L. (2006).	X				X				X
4. Bernardo et al. (2009).	X	X	X	X	X	X		X	X
5. Bouza et al. (2010a)		X	X	X		X	X		
6. Bouza et al. (2010b)			X	X		X	X		
7. Filik et al. (2006)	X	X		X	X		X		
8. Goff et al. (2005)	X	X	X						
9. Malhi et al. (2010)	X	X	X		X			X	
10. Saiz-Ruiz et al. (2010)	X	X		X		X	X	X	
11. Strassing et al. (2011)					X				

## 8 DISKUSSION

### 8.1 Metoddiskussion

Metoden som används i denna studie är en trestegsметод som beskrivs i Friberg (2006) för en allmän litteraturstudie. Sökorden var relevanta för syftet. Sökningen begränsades genom att söka studier publicerade år 2005 till 2011, då aktuella studier inom området eftersöktes. Vid sökningarna dominerade de kvantitativa studier inom detta område, vilket gör att denna studie är en tolkning av elva kvantitativa studiers resultat. Ett större urval av studier hade möjligen kunna ge ett annat resultat. Enligt Forsberg och Wengström (2008) är det viktigare att finna relevant forskning inom det valda området, än antalet studier som resultatet är baserat på. De mest relevanta studierna för syftet var de kvantitativa, då de kvalitativa studierna beskriver livskvaliteten hos personer med schizofreni, vilket inte stämmer överens med syftet.

Styrkan med denna litteraturstudie är att alla ingående studier har kvantitativ ansats, samtliga handlar enbart om vuxna personer med schizofreni, alla beskriver deras fysiska hälsa och de är vetenskapligt granskade. De ingående studierna är skrivna utanför Norden, (Spanien, England, USA och Australien) vilket kan vara en svaghet, då de inte är typiska för levnadsförhållanden i Sverige.

Den erfarenhet författarna till denna uppsats fick under den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU) av patienter med schizofreni kan ha skapat en förförståelse om dessa patienters fysiska hälsa. Detta kan ha påverkat urvalet av de ingående studierna och i förlängningen metoden. Alla studier i uppsatsen är skrivna på engelska. För att undvika översättningsfel har de granskade studierna lästs igenom flera gånger och diskuterats för att få en försäkran om att innehållet i studierna har uppfattats rätt.

Studierna som resultatet är baserat på är kvantitativa studier. De ingående studierna har olika metodval, vilket innebär skillnader i tillvägagångssättet. Detta har inte haft en påverkan på metoden i denna litteraturstudie, då det väsentligaste har varit att kunna identifiera likheter och skillnader i studiernas resultat och att samtliga studier har någon form av kvantitativ metod (Friberg, 2006).

## 8.2 Resultatdiskussion

I resultatet framgår det att vuxna personer med schizofreni har en dålig fysisk hälsa. De dominerande riskfaktorerna för sjukdom är rökning, övervikt/fetma och alkoholanvändning, enligt resultatet i respektive kategori. Det framgår att rökning är den vanligaste riskfaktorn och att personer med schizofreni röker i större mängder än personer utan samma diagnos. Även Bradshaw (2005) har fastställt att personer med schizofreni röker mer än friska vuxna. De nämnda riskfaktorerna påverkar den fysiska men även mentala hälsan enligt Kawada et al. (2009), som togs upp i bakgrunden i denna uppsats. Vidare beskrevs det i bakgrunden att dessa riskfaktorer ökar risken för hjärtkärlsjukdomar och diabetes typ 2 (Smith-DiJulio & Andersson, 2009; Twinn et al., 2010).

I flertalet studier (n=4) visar sig det att personer med schizofreni har ett BMI > 30, vilket klassificeras som fetma enligt FHI (2010). Enligt Pack (2009) kan fetma i sig leda till flera allvarliga tillstånd som diabetes typ 2, flera hjärtkärlsjukdomar, stroke samt reducerad livslängd. Även Kirschbaum Nitkin och Gastaldo (2010) har fastställt att fetma är vanligare bland personer med schizofreni än hos personer utan samma diagnos. Som det beskrevs i bakgrunden är övervikt och fetma en stor bidragande riskfaktor till fysisk ohälsa (FHI, 2010). Beebe (2008) beskriver att viktuppgången hos personer med schizofreni delvis beror på antipsykotiska läkemedel, men även på livsstilsfaktorer. Fetma förknippas också med stigmatisering (Pack, 2009).

Alkohol- och drogmissbruk är vanligt förekommande bland personer med schizofreni enligt resultatet i denna studie. I de studierna där en överkonsumtion av alkohol efterfrågades (n=6) visar det sig att samtliga deltagare överkonsumerade alkohol. Alkoholriskbruk har en bevisad negativ effekt på den fysiska och mentala hälsan, samt kan leda till hjärtkärlsjukdomar och diabetes typ 2 (Kawada et al., 2009; Smith-DiJulio & Andersson, 2009; Twinn et al., 2010).

De droger som förekom i studierna (n=5) var cannabis och kokain. Cannabis missbrukades av flest deltagare i studierna.

Som tidigare förklarats i bakgrunden kan denna drog vara en möjlig utlösande faktor till psykossjukdomen schizofreni (SLL, 2008). De droger som missbrukas i mindre utsträckning var opiater, lugnande medel och metamfetamin.

Fysisk inaktivitet är en bidragande riskfaktor för somatiska sjukdomar som tidigare beskrivits i bakgrunden (Kawada et al., 2009). När det gäller inaktivitet hittades ett starkt samband mellan detta och schizofreni. Det visade sig i resultatet att personer med schizofreni utför fysisk aktivitet i mindre utsträckning, samt orkar promenera mindre sträckor än friska vuxna.

En möjlig förklaring till de somatiska sjukdomarna som framkom i resultatet kan enligt Pack (2009) vara att individer med schizofreni röker i större mängder än övriga, har dåliga kostvanor, har brist på fysisk aktivitet och en ökad risk för viktuppgång. Även Kirschbaum Nitkin och Gastaldo (2010) kommer fram till samma förklaringar. Kirschbaum Nitkin och Gastaldo bekräftar också det som framkom i resultatet, att personer med schizofreni har högre risk att insjukna i respiratoriska sjukdomar, som KOL och astma, än friska vuxna. Enligt Pack (2009) är rökning en bidragande faktor till att dessa sjukdomar utvecklas. Diabetes typ 2 visade sig vara vanligt förekommande bland vuxna med schizofreni. Studierna (n=6) visade att personer med schizofreni har högre risk att insjukna i diabetes typ 2 än friska vuxna. Både Pack (2009) och Bradshaw (2005) styrker resultatet och kommer fram till förklaringar till diabetes typ 2 i sina studier, som är dåliga kostvanor och antipsykotiska läkemedel.

Slutligen framkommer det i resultatet att det metabola syndromet förekommer hos personer med schizofreni. Enligt Mosand och Førsund (2009) är det metabola syndromet kombinationen av diabetes typ 2, övervikt, högt blodtryck och obalans i blodfetterna, som tidigare beskrevs i bakgrunden. Pack (2009) förklarar att det metabola syndromet kan leda till hjärtkärlsjukdomar och för tidig död.

### **8.3 Slutsats**

Denna studie visar att vuxna personer med schizofreni har en generellt sämre hälsa än vuxna utan schizofrenidiagnos.

Den vanligaste somatiska sjukdomen visade sig vara hjärtkärlsjukdom, främst högt blodtryck, och den vanligaste riskfaktorn var rökning (tabell 2). De vanligaste respiratoriska sjukdomarna är astma och KOL bland vuxna personer med schizofreni.

Det metabola syndromet framkom som en gemensam nämnare i studierna. Även om samtliga studier inte fastställer att personer med schizofreni har det metabola syndromet, förekommer riskfaktorerna i alla elva studier.

Förekomsten av riskfaktorer för sjukdom bland personer med schizofreni är högre än hos friska vuxna, vilket leder till fysiska besvär. De lever isolerade i stor utsträckning och ibland även inlagda på låsta avdelningar. Detta begränsar deras möjlighet till en rad olika friskfaktorer så som fysisk aktivitet och goda matvanor. Sjukdomen schizofreni innebär att dessa personer måste ta olika läkemedel som ger fysiska bieffekter som till exempel viktuppgång. Även den kognitiva förmågan är försämrad på grund av diagnosen. Som studien visar röker dessa personer, samt dricker alkohol och intar droger, vilka är stora bidragande faktorer till deras ohälsa.

#### **8.4 Klinisk betydelse**

För sjuksköterskan bidrar denna studie till en ökad kunskap och förståelse om den fysiska hälsan hos vuxna patienter med schizofreni. Det är viktigt att även lägga fokus på den fysiska hälsan då dessa patienter löper större risk att drabbas av sjukdom än friska vuxna. Att försöka se patienten ur ett helhetsperspektiv kan bidra till bättre omvårdnad. Detta i sin tur kan leda till att patienter med sjukdomen schizofreni kan få en bättre hälsa och livskvalitet.

#### **8.5 Förslag på vidare forskning**

Förslag till vidare forskning kan vara en studie om patienter med schizofreni och deras upplevelse och uppfattning om sin fysiska hälsa, då en lucka i forskningen upptäcktes kring detta område vid litteratursökningen.

## 9 REFERENSER

American Psychiatric Association (2002). *MINI-D IV: diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR* (J. Herlofson & M. Landqvist, övers.). Danderyd: Pilgrim press.

(Originalarbete publicerat 2005).

Arseneault, L., Cannon, M., Witton, J. & Murray, R.M. (2004). Causal association between cannabis and psychosis: Examination of evidence. *Br J Psychiatry*, *184*, 110-117.

Asher-Svanum, H., Stensland, M., Zhao, Z. & Kinon, B.J. (2005). Acute weight gain, gender, and therapeutic response to antipsychotics in the treatment of patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, *5*(3), 1-13.

Askey, R. (2002). Early onset psychosis: causes and treatment. *Mental Health Practice*, *5*(10), 16-20.

Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 173-188). Lund: Studentlitteratur.

Batki, S.L., Meszaros, Z.S., Strutyński, K., Dimmock, J.A., Leontieva, L., Ploutz-Snyder, R., ... Drayer, R.A. (2009). Medical comorbidity in patients with schizophrenia and alcohol dependence. *Schizophrenia Research*, *107*, 139-146.

Beebe, L. (2006). Describing the health parameters of outpatients with schizophrenia. *Applied Nursing Research*, *19*, 43-47.

Beebe, L. (2008). Obesity in schizophrenia: Screening, monitoring and health promotion. *Perspectives in Psychiatric Care*, *44*(1), 25-31.

Bergsten Brucefors, A., Cederström, A. & Michélsen, H. (2003). Vad är psykisk hälsa? *Psykisk Hälsa*, *1*(3), 1-9.



- Bernardo, M., Canas, F., Banegas, J.R., Casademont, J., Riesgo, Y. & Varela, C. (2009). Prevalence and awareness of cardiovascular risk factors in patients with schizophrenia: A cross-sectional study in a low cardiovascular disease risk geographical area. *European Psychiatry*, 24, 431-441.
- Bouza, C., López-Cuadrado, T. & Amate, J-M. (2010a). Physical disease in schizophrenia: a population-based analysis in Spain. *BMC Public Health*, 10(745), 1-10.
- Bouza, C., López-Cuadrado, T. & Amate, J-M. (2010b). Hospital admissions due to physical disease in people with schizophrenia: a national population-based study. *General Hospital Psychiatry*, 32, 156-163.
- Bradshaw, T. (2005). Why do adults with schizophrenia have poorer health than the rest of the population? *Mental Health Practice*, 9(4), 28-30.
- Brown, A.s., Schaefer, C.A., Quesenberry Jr., C.P., Liu, L., Babulas, V.P. & Susser, E.S. (2005). Maternal exposure to toxoplasmosis and risk of schizophrenia in adult offspring. *Am J Psychiatry*, 162(4), 767-773.
- Cannon, M., Jones, P. & Murray, R.M. (2002). Obstetric complications and schizophrenia: Historical and meta-analytic review. *Am j Psychiatry*, 159(7), 1080-1092.
- Cardno, A.G., Marshall, E.J., Coid, B., Macdonald, A.M., Ribchester, T.R., Davies, N.J. ... Murray, R.M. (1999). Heritability estimates for psychotic disorders: The Maudsley twin psychosis series. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 162-168.
- Dalman, C. & Allebeck, P. (2002). Paternal age and schizophrenia: Further support for an association. *Am J Psychiatry*, 159, 1591-1592.
- Filik, R., Sipos, A., Kehoe, P.G., Burns, T., Cooper, S.J., Stevens, H., ... Harrison, G. (2006). The cardiovascular and respiratory health of people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133, 298-305.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 115-124). Lund: Studentlitteratur.

Gillam, T. & Williams, R. (2008). Understanding schizophrenia: a guide for newly qualified community nurses. *British Journal of Community Nursing*, 13(2), 84-88.

Goff, D.C., Sullivan, L.M., McEnroy, J.P., Meyer, J.M., Nasrallah, H.A., Daumit, G.L., ... Lieberman, J.A. (2005). A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from CATIE study and matched controls. *Schizophrenia Research*, 80, 45-53.

Hultsjö, S., Berterö, C. & Hjelm, K. (2009). Foreign-born and Swedish-born families' perceptions of psychosis care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(1), 62-71.

Kawada, T., Kuratomi, Y. & Kanai, T. (2009). Lifestyle determinants of depressive feeling and feeling of unhappiness among workers: A study in Japan. *Work*, 33(3), 255-260.

Kirschbaum Nitkin, D.I.R. & Gastaldo, D. (2010). Addressing physical health problems experienced by people with schizophrenia in Canada: A critical literature review. *CJNR*, 42(3), 124-140.

Larsen, T.K., Friis, S., Haahr, U., Johannessen, J.O., Melle, I., Opjordsmoen, S. ... McGlashan, T.H. (2004). Premorbid adjustment in first-episode non-affective psychosis: Distinct patterns of pre-onset course. *Br J Psychiatry*, 185, 108-115.

- Malhi, G., Adams D., Plain, J., Coulston, C., Herman, M. & Walter, G. (2010). Clozapine and cardiometabolic health in chronic schizophrenia: correlations and consequences in a clinical context. *Australian Psychiatry*, 18(1), 32-41.
- Malla, A.K., Norman, R.M. & Joober, R. (2005). First-episode psychosis, early intervention, and outcome: What have we learned? *Can J Psychiatry*, 50(14), 881-891.
- Mosand, R.D. & Førstund, J.A. (2009). Kapitel 39: Omvårdnad vid förändringar i bukspottkörtelns endokrina funktion. I H. Allmås (Red.), *Klinisk omvårdnad Del 2* (s. 899-928). Stockholm: Liber.
- Mueser, K.T. & McGurk, S.R. (2004). Schizophrenia. *The Lancet*, 363(9426), 2063-2072.
- Pack, S. (2009). Poor physical health and mortality in patients with schizophrenia. *Nursing Standard*, 23(21), 41-45.
- Pellmer, K. & Wramner, B. (2007). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2010). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for nursing Practice* (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Reed, S.I. (2008). First-episode psychosis: a literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(2), 85-91.
- Saiz-Ruiz, J., Saiz-González, M.D., Alegria, A.A., Mena, E., Luque, J. & Bobes, J. (2010). Impact of the Spanish consensus on physical health of patients with schizophrenia. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 3(4), 119-127.
- Salmela, S., Fagerström, L. & Eriksson, K. (2007). Concept definition of the concept change in relation to the process of health. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies/Vård i Norden*, 27(4), 20-25.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatri: Själ – kropp - samhälle*. Stockholm: Liber.

Smith-DiJulio, K. & Anderson, D. (2009). Sustainability of a multimodal intervention to promote lifestyle factors associated with the prevention of cardiovascular disease in midlife Australian women: a 5-year follow-up. *Health Care for Women International*, 30(12): 1111-1130.

Socialstyrelsen. (2010). *Hjärtkärlfrisk patient med hypertoni och måttligt ökad risk för hjärtkärlsjukdom tolv månader efter livsstilsråd: rekommendation*. Stockholm:

Socialstyrelsen. Hämtad 3 maj, 2011, från

<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforhjartsjukvard/sokiriktlinjerna/hjartkarlfriskpatientmedhypert>

Spauwen, J., Krabbendam, L., Lieb, R., Wittchen, H.U. & van Os, J. (2004). Early maternal stress and health behaviours and offspring expression of psychosis in adolescence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 356-364.

Statens folkhälsoinstitut. (2010). *Levnadsvanor: Lägesrapport*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Stockholms läns landsting. (2008). *Regionalt vårdprogram: Schizofreni och andra psykossjukdomar*. Stockholm: Stockholms läns landsting.

Strassing, M, Brar, J.S. & Ganguli, R. (2011). Low cardiorespiratory fitness and physical functional capacity in obese patients with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 126, 103-109.

Twinn, S.F., Lee, G.C. & Thompson, D.R. (2010). A survey of lifestyle risk factors for cardiovascular health among young Hong Kong Chinese women: implications for long-term cardiovascular health. *Journal of Women's Health*, 19(2), 289-295.

Wand, T. & Murray, L. (2008). Let's get physical. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 363-369.

White, D.L. (2003). Benefits of atypical antipsychotic medications in the treatment of psychosis. *Kansas Nurse*, 78(10), 1-2.

Wicks, S., Hjern, A., Gunnell, D., Lewis, G. & Dalman, C. (2005). Social adversity in childhood and the risk of developing psychosis: A national cohort study. *Am J Psychiatry*, 162, 1652-1657.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2011). *Trade, foreign policy, diplomacy and health*. Geneva: World Health Organization. Hämtad 10 april, 2011, från <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>

# 10 BILAGA/BILAGOR

## Bilaga 1.

### Definition av schizofreni enligt MINI-D IV (2002)

#### Schizofreni F20.xx

A. *Karaktäristiska symtom*: Minst två av följande symtom, vart och ett skall föreligga en signifikant del av tiden, under en period av en månad (eller kortare vid framgångsrik behandling):

- (1) vanföreställningar
- (2) hallucinationer
- (3) desorganiserat tal (t ex uppluckrade associationer, splittring)
- (4) påtagligt desorganiserat eller katatont beteende
- (5) negativa symtom, dvs affektiv avflackning, utarmat tankeliv, eller viljelöshet

**Obs:** Endast ett symtom enligt kriterium A erfordras om det rör sig om bisarra vanföreställningar, eller om hallucinationerna består av en röst som ständigt kommenterar personens beteende eller tankar, eller av två eller flera röster som samtalar med varandra.

B. *Social eller yrkesmässig dysfunktion*: Sedan störningens debut har, under en stor del av tiden, minst ett viktigt område i tillvaron, t ex arbetslivet, de mellanmännsliga relationerna eller den personliga omvårdnaden, fungerat påtagligt sämre jämfört med före debuten (om debuten sker under barndomen eller adolescensen uppnår personen aldrig förväntad funktionsförmåga i arbete, studier eller mellanmännsliga relationer).

C. *Varaktighet*: Kontinuerliga sjukdomstecken under minst sex månader. Denna sexmånadersperiod måste innefatta minst en månad (eller kortare tid vid framgångsrik behandling) med symtom som uppfyller kriterium A (dvs aktiv fas-symtom), medan den övriga tiden innefattar prodromal- eller residualsymtom. Under prodromal- eller residualperioderna kan störningen visa sig i form av enbart negativa symtom eller i form av två eller fler av symtomen enligt kriterium A i försvagad form (t ex underliga föreställningar, ovanliga sinnesupplevelser).

D. *Uteslutning av schizoaffektivt syndrom och förstämningssyndrom:* Schizoaffektivt syndrom och förstämningssyndrom med psykotiska drag har uteslutits på grund av endera (1) eller (2)

(1) Egentlig depressionsepisod, manisk eller blandepisod mani/depression har ej förekommit samtidigt med aktiv fas-symtom

(2) Om förstämningsepisoder har förekommit samtidigt med aktiv fas-symtom har deras totala varaktighet varit kort jämfört med den totala varaktigheten av aktiva faser och residualperioder.

E. *Uteslutning av substansintag eller somatisk ohälsa som orsak:* Störningen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada.

F. *Samtidig genomgripande störning i utvecklingen:* Om det finns anamnes på autistiskt syndrom eller någon annan genomgripande störning i utvecklingen adderas diagnosen schizofreni endast om det också förekommer framträdande vanföreställningar eller hallucinationer under minst en månad (eller kortare tid om symtomen behandlas framgångsrikt).

Källa: MINI-D IV (översättning till svenska: J. Herlofson & M. Landqvist, 2002)

## Bilaga 2. Artikelmatris

Nr	ARTIKEL	SYFTE	URVAL	METOD	RESULTAT
1.	Asher-Svanum, H., Stensland, M., Zhao, Z. & Kinon, B. J. (2005). Acute weight gain, gender, and therapeutic response to antipsychotics in the treatment of patients with schizophrenia. <i>BMC Psychiatry</i> , 5(3), 1-13.  <b>USA</b>	Att bedöma påverkan av akut behandlingsrelaterad viktuppgång på kliniska och funktionella resultat hos patienter med schizofreni utefter kön och antipsykotisk behandling (olanzapine och haloperidol).	1996 deltagare (1296 män och 700 kvinnor) med schizofrenidiagnos som behandlades med olanzapine och haloperidol.	Kvantitativ. Randomiserad, dubbelblind, multicenter-, klinisk prövning. Datan samlades in från den akuta fasen (6 veckor). De positiva och negativa symtomen mättes och sambandet mellan förändringen i vikt, symtomen och den funktionella statusen bedömdes.	Det visade sig föreligga ett signifikant samband mellan behandling med antipsykotika och viktuppgång. 75 % av patienterna gick upp i vikt av antipsykotika, varav fler i olanzapine-gruppen än haloperidol-gruppen.
2.	Batki, S. L., Meszaros, Z. S., Strutynski, K., Dimmock, J. A., Leontieva, L., Ploutz-Snyder, R., ... Drayer, R. A. (2009). Medical comorbidity in patients with	Att beskriva prevalensen av medicinska sjukdomar och allvarlighetsgraden av sjukdomsbördan i en kohort med patienter med schizofreni eller schizoaffektiva sjukdomar och	80 primärvårdspatienter i åldrarna 18-65 år med en schizofrenidiagnos eller en schizoaffektiv sjukdom, samt en samtidig förekomst av alkoholmissbruk, deltog i studien.	Kvantitativ. Medicinska och fysiska undersökningar gjordes, blodprover samt metaboliska data. Patienternas journaler genomgicks för att identifiera patienternas demografiska data, medicinering,	83 % av patienterna hade åtminstone en kronisk medicinsk sjukdom, varav högt blodtryck var den vanligaste (43 %). Prevalensen av kroniska fysiska sjukdomar var hög. De kardiovaskulära sjukdomarna så som hypertoni och



	schizophrenia and alcohol dependence. <i>Schizophrenia Research, 107,</i> 139-146. <b>USA</b>	samtidig alkoholmissbruk.		medicinska diagnoser, förekomst av alkoholmissbruk, samt antal besök till sjukhus på grund av medicinsk orsak de senaste 6 månaderna.	kranskärslsjukdom var högst (46,3 %) Respiratoriska sjukdomar, så som astma och KOL stod för 28,8 %. Endokrina/metaboliska, så som diabetes mellitus typ 1 och 2 stod för 28,8 %.
3.	Beebe, L. (2006). Describing the health parameters of outpatients with schizophrenia. <i>Applied Nursing Research, 19,</i> 43-47. <b>USA</b>	Att beskriva den fysiska konditionen, BMI, procenten kroppsfett, psykiatriska symptom och hälsouppfattningar hos öppenvårdspatienter med schizofreni.	11 patienter med en schizofrenidiagnos som vårdades på en vårdcentral i sydöstra USA antogs till studien.	Kvantitativ pilotstudie, Deras BMI och procenten kroppsfett mättes, den fysiska konditionen mättes under en 6-minuter lång promenad och de psykiatriska symtomen mättes med hjälp av Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Hälsouppfattningarna mättes med hjälp av The Duke Health Profile. Man tittade även på vilka de fysiska diagnoserna var hos deltagarna.	Samtliga deltagare promenerade kortare sträckor än vad som är medel för en frisk vuxen. Medel BMI för de manliga deltagarna var 31,5 och för de kvinnliga 37,1. 7 av deltagarna uppfyllde kriterierna för fetma. Medelprocenten kroppsfett för männen var 24,6% och för kvinnorna 32,5%, vilket indikerar på fetma hos båda. De vanligaste fysiska diagnoserna var högt blodtryck och magsår.
4.	Bernardo, M., Canas, F., Banegas, J. R., Casademont, J.,	Att uppskatta prevalensen av kardiovaskulära riskfaktorer bland	733 konsekutivt valda patienter inlagda på en psykiatrisk klinik och behandlade med	Kvantitativ, tvärsnittsstudie. Intervjuer angående livsstil, matvanor och	65 % behandlades med åtminstone en antipsykotika. Resten hade kombinationer av

	<p>Riesgo, Y. &amp; Varela, C. (2009). Prevalence and awareness of cardiovascular risk factors in patients with schizophrenia: A cross-sectional study in a low cardiovascular disease risk geographical area. <i>European Psychiatry</i>, 24, 431-441.</p> <p><b>Spanien</b></p>	<p>patienter med schizofreni.</p>	<p>andra generationens antipsykotika.</p>	<p>missbruk. Fysiska undersökningar, labtester och EKG.</p>	<p>åtminstone två. Kardiovaskulära riskfaktorer: 71 % rökte, 66 % hade hyperkolesterolemi, 17 hade högt blodtryck, 6 % hade diabetes, 24 % hade fetma enligt BMI, 19 % hade det metabola syndromet, 16 % missbrukade kokain, 6 % missbrukade alkohol.</p>
5.	<p>Bouza, C., López-Cuadrado, T. &amp; Amate, J-M. (2010a). Physical disease in schizophrenia: a population-based analysis in Spain. <i>BMC Public Health</i>, 10(745), 1-10.</p> <p><b>Spanien</b></p>	<p>Att bestämma de epidemiologiska egenskaperna och bördan av fysisk sjukdom hos inlagda patienter med schizofreni.</p>	<p>Journaler med schizofrenidiagnoser identifierades och vilka fysiska sjukdom som fanns i dessa, sammanlagt 16 776 journaler.</p>	<p>Kvantitativ, populationsbaserad studie. Det spanska nationella patientregistret från 2004 analyserades. Även standardiserad mortalitetskvot räknades ut och jämfördes med den generella populationen.</p>	<p>Andel som brukade tobak var 15 %, Alkohol 10,4 % och droger 14,2 %. Andel som hade: endokrina, nutritions- och metaboliska sjukdomar var 16,5 %, diabetes 8 %, ischemisk hjärtsjukdom 2 %, hjärtsvikt 1,5 %, KOL 5,5 %, respiratoriska sjukdomar 6,8 %.</p>

6.	Bouza, C., López-Cuadrado, T. & Amate, J-M. (2010b). Hospital admissions due to physical disease in people with schizophrenia: a national population-based study. <i>General Hospital Psychiatry</i> , 32, 156-163. <b>Spanien</b>	Att undersöka de ickepsykiatriska sjukhusvistelserna hos personer med schizofreni och att beskriva de epidemiologiska egenskaperna av dessa inläggningar.	De utvalda 21 484 journalerna mellan årtalen 2000-2004 där patienter med schizofrenidiagnos blev inlagda pga. en fysisk sjukdom.	Kvantitativ, populationsbaserad studie. Journaler på patienter med en schizofrenidiagnos ur det nationella patientregistret analyserades.	Fysiska orsaker till sjukhusvistelse: Respiratoriska problem 14,7 %, cirkulatoriska problem: 11,7 %, endokrina problem 8 %, missbruk- och beroende problem 0,9 %.
7.	Filik, R., Sipos, A., Kehoe, P. G., Burns, T., Cooper, S. J., Stevens, H., ... Harrison, G. (2006). The cardiovascular and respiratory health of people with schizophrenia. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> , 133, 298-305. <b>England</b>	Att undersöka den kardiovaskulära och respiratoriska hälsan hos människor med en schizofrenidiagnos.	482 patienter med schizofrenidiagnos deltog.	Kvantitativ, prospektiv, multicenter-, observations-, prevalensstudie. Studien utfördes under 24 månader. Den kardiovaskulära och respiratoriska hälsan mättes utifrån olika frågeformulär. Hälsan jämfördes med den generella populationen.	Risken för respiratoriska symtom som andfåddhet, slemproduktion och pipande andning visade vara högre hos personer med schizofreni än den generella populationen. Även högre risk för kärlkramp förekom, samt dålig lungfunktion. BMI 31-40, som klassificeras som fetma, var högre hos personer med schizofreni (31,21 %) jämfört med den generella

					populationen (18,1 %).
8.	Goff, D. C., Sullivan, L. M., McEnroy, J. P., Meyer, J. M., Nasrallah, H. A., Daumit, G. L., ... Lieberman, J. A. (2005). A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from CATIE study and matched controls. <i>Schizophrenia Research, 80</i> , 45-53.  <b>USA</b>	Att undersöka om patienter med schizofreni har förhöjd risk för hjärtsjukdom.	689 primärvårdspatienter med diagnosen schizofreni inkluderades från CATIE-studien i åldern 18-65 år.	Kvantitativ, jämförande studie. Noggranna intervjuer angående medicinsk och psykiatrisk historia, samt livsstil utfördes, fastebloodprover och blodtryck togs. Även medicinsk bedömning gjordes.	Tioårsrisken för kranskärlssjukdom visade sig vara signifikant förhöjd hos patienter med schizofreni (män 9,4 %; kvinnor 6,3 %) jämfört med kontrollgruppen (män 7,0; kvinnor 4,2 %). Även signifikant högre frekvens av rökning (68 % jämfört med kontrollgruppen 35 %), diabetes (13 % jämfört med 3 %), högt blodtryck (27 % jämfört med 17 %) och lägre HDL kolesterolvärden (43,7 mg/dl jämfört med 49,3 mg/dl). Tioårsrisken för kranskärlssjukdom förblev signifikant förhöjd efter BMI -kontroll.
9.	Malhi, G., Adams D., Plain, J., Coulston, C., Herman, M. & Walter, G. (2010). Clozapine and cardiometabolic health in chronic schizophrenia: correlations and	Att identifiera prevalensen av det metabola syndromet och dess tecken hos icke-akuta patienter med schizofrenidiagnos på ett psykiatriskt sjukhus.	167 patienter med schizofrenidiagnos deltog varav 113 män och 54 kvinnor i åldrarna 19-80 år.	Kvantitativ naturalistisk studie. Vikt, längd, BMI, blodtryck och bukmått togs på samtliga deltagare. Blodprovresultaten från det senaste året analyserades. Information samlades in angående patienters	105 patienter (63,6 %) var rökare. 20 patienter (12 %) hade diabetesdiagnos. 52,4 % av patienterna uppfyllde kriterierna för metabolt syndrom. Sannolikheten att ha metabolt syndrom var högre hos de som åt clozapine, 79 patienter, samt hos de som hade

	<p>consequences in a clinical context. <i>Australian Psychiatry</i>, 18(1), 32-41.</p> <p><b>Australien</b></p>			<p>antipsykotiska och kardiometaboliska medicinering samt hur mycket de rökte per dag.</p>	<p>kortare sjukhusvistelse. Högre nivåer av systoliskt och diastoliskt blodtryck, faste b-glukos och triglycerider visades hos de som hade kortare sjukhusvistelse. Högre BMI påträffades hos de kvinnliga deltagarna, medans lägre nivåer av HDL-kolesterolet påträffades hos de manliga.</p>
10.	<p>Saiz-Ruiz, J., Saiz-González, M. D., Alegria, A. A., Mena, E., Luque, J. &amp; Bobes, J. (2010). Impact of the Spanish consensus on physical health of patients with schizophrenia. <i>Revista de Psiquiatria y Salud Mental</i>, 3(4), 119-127.</p> <p><b>Spanien</b></p>	<p>Att undersöka förändringen i procentantalet hos patienter med schizofreni som har kända riskfaktorer för diabetes och kardiovaskulära sjukdomar, samt analysera hur ”Consensus on physical health of patients with schizophrenia” har påverkat den psykiatriska granskningen av den fysiska hälsan hos patienter med schizofreni.</p>	<p>229 psykiatriker granskade 1 193 kliniska journaler av patienter i öppenvården med en schizofrenidiagnos enligt ICD-10, som deltagit i psykiatriska konsultationer i januari och september 2007.</p>	<p>Kvantitativ, epidemiologisk, icke-interventions- och tvärsnittsstudie. Den fysiska bedömningen baserades på BMI, vikt, bukomsfång, lipid- och glukoskontroll, EKG, blodtryck, puls, blodstatus, urinanalys, HPV-virus, respiratoriskt status, tandstatus och en genomgång av antipsykotika.</p>	<p>30,77 % (367 st.) av deltagarna uppgav att de konsumerade alkohol. 54,23 % (647 st.) rökte regelbundet. 16,43 % (196 st.) uppgav att de konsumerade illegala droger, mestadels cannabis och kokain. Den samtidiga förekomsten av fysiska sjukdomar var 2,5+-1,5 sjukdomar per patient. De tre vanligaste var hyperkolesterolemi(46,33 &amp;), hypertriglyceridemi (33,54 %) och högt blodtryck (26,00 %).</p>

11.	<p>Strassing, M, Brar, J. S. &amp; Ganguli, R. (2011). Low cardiorespiratory fitness and physical functional capacity in obese patients with schizophrenia. <i>Schizophrenia research, 126</i>, 103-109.</p> <p><b>USA</b></p>	<p>Att undersöka det kardiorespiratoriska tillståndet och den fysiska funktionsförmågan hos patienter med schizofreni och samtidig förekomst av övervikt och fetma.</p>	<p>117 primärvårdspatienter med schizofrenidiagnos och samtidig förekomst av övervikt eller fetma deltog.</p>	<p>Kvantitativ. 117 deltagare genomgick fysiska träningstester under några minuter varpå deras kardiorespiratoriska kondition mättes i maximalt syreupptag. Resultaten jämfördes med referensdata.</p>	<p>Endast två deltagare uppnådde kriterier för ”måttlig kondition”. Resten hade dålig kardiorespiratorisk kondition. Medel-BMI var 37,2. Låg kardiorespiratorisk kondition visade sig vara en framträdande riskfaktor för sjuklighet och dödlighet i kardiovaskulära sjukdomar hos patienter med schizofreni till följd av fetma.</p>
-----	--	---	---	--	---

