

Samsjuklighet

Riskfaktorer för metabolt syndrom vid psykisk sjukdom

Karolina Liljeholm och Alma Shafiee

Projektredovisning 2007:2

Vardagsrehabilitering i eget ordinärt boende.

Redovisning av ett utvecklingsarbete i Torshälla.

Författare: Susanne Bergerot

Projektredovisning 2007:3

Äldre och Läkemedel.

Samverkansprojekt Hemtjänsten – Primärvård – Apotek i Flen och Katrineholm.

Författare: Inger Ljungholm och Ann-Katrine Trybom

Projektredovisning 2007:4

Äldre och Läkemedel.

Modell för kvalitetsanalys Oxelösund 2006.

Författare: Ingela Mindemark

Projektredovisning 2008:1

Anpassning mellan miljö och arbetssätt vid Selaöhemmet

delrapport av ett demensomsorgsprojekt.

Författare: Ann-Sofie Carlsson

Projektredovisning 2008:2

Kompetensutveckling för hemvårdspersonal i rehabiliterande arbetssätt.

Redovisning av ett projektarbete i Eskilstuna kommun.

Författare: Sassa Kusserow, Anna Vörde Sirviö

Projektredovisning 2008:3

"Lite mer än vanlig hemtjänst"

– Demensteamledare gör skillnad

Författare: Sofia Kialt och Eva-Lena Wahl

Projektredovisning 2008:4

Individuella målprogram för äldre personer med utvecklingsstörning

Författare: Annika Öhman

Projektredovisning 2008:5

Sammanhållen hemsjukvård, en vinst för alla!

Författare: Sara Cederbom

Projektredovisning 2009:1

"Kan man vara undernärd när mat serveras hela tiden?"

– ett projektarbete om äldre och nutrition på särskilt boende i Eskilstuna kommun

Författare: Pia Holm, Barbro Wojciechowski

Projektredovisning 2009:2

"BLÅLJUS" på akuten ... - äldre multistjuka

Rapport Mobilt närvårdsteam Akutmottagningen, Mälarsjukhuset

Författare: Pia Kjaersgaard

Projektredovisning 2009:3

Sjuksköterskans roll i en framtida salutogen äldreomsorg

Författare: Christina Thorell

Projektredovisning 2010:1

Modell för hemrehabilitering i Strängnäs kommun

Författare: Sofia Lundqvist, Tove Bellander, Emma Brandt Holmström, Anne-Marie Robertson

Projektredovisning 2011:1

Demensomsorgsutveckling i Strängnäs – anpassning mellan miljö och arbetssätt

Författare: Ann-Sofie Carlsson

Projektredovisning 2011:1

Samsjuklighet – Riskfaktorer för metabolt syndrom vid psykisk sjukdom

Författare: Karolina Liljeholm och Alma Shafiee

Projektredovisning 2011:2

Salutogent ledarskap – Jag har mer resurser att ge än vad jag har möjlighet att ge...

Författare: Maria Lund och Helena Lundin

Förord

Personer med allvarliga psykiska störningar är ofta i behov av en rad olika vård- och stödinsatser från olika aktörer inom det svenska välfärdssystemet. Det är sedan tidigare välkänt att samordningen av insatserna inte alltid fungerar på ett sådant sätt att drabbade personer kan bevara sin hälsa och få goda förutsättningar för återhämtning och en meningsfull livssituation. Ett område som uppmärksammas i både svenska och internationella studier är den allt högre förekomsten av kroppslig ohälsa bland personer som lider av långvarig psykisk sjukdom. Den ökade risken för att drabbas av allvarlig somatisk sjukdom hänger samman med faktorer som rökning, övervikt, högt blodtryck, förhöjda blodfetter och förhöjda värden på diabetesprover. Orsakerna till denna ökade sjukdomsrisk kan dels härledas till livsstilsfaktorer men även till biverkningar av vissa, för den psykiatriska behandlingen nödvändiga, läkemedel. Ett ytterligare problem är att de somatiska hälsoriskerna inte alltid upptäcks och behandlas.

Studien är en tvärsnittsundersökning av riskfaktorer för fysisk ohälsa bland personer med långvarig psykisk sjukdom boende i kommunala stödboenden i Eskilstuna. Ungefär en tredjedel av den totala populationen kunde undersökas. Resultaten visar en betydande förekomst av hälsorisker i den studerade gruppen. Vidare visar den att flera av de undersökta hade allvarliga symtom som inte behandlades och att flera inte hade tillräcklig effekt av den behandling de fick.

Alma Shafiee och Karolina Liljeholm har i sitt arbete uppmärksammat ett mycket viktigt och i många fall eftersatt område. Betydelsen av den kroppsliga hälsan för resten av en persons funktionsförmåga och livskvalitet kan inte underskattas. Studien är därför viktig och visar ett behov av fortsatta studier för att undersöka om resultaten är giltiga även för större grupper av personer i den aktuella målgruppen. Den pekar även på behovet av ett systematiskt folkhälsoarbete riktat mot personer med långvarig psykisk ohälsa. Samverkan mellan kommuner och landstinget är viktigt för att förbättra hälsan för aktuella målgruppen. FoU i Sörmland har gett ekonomiskt stöd till studien.

Rapporten är en magisteruppsats i psykiatrisk vårdvetenskap framlagd vid medicinska fakulteten vid Lunds universitet.

Bengt Svensson

Docent Medicinska fakulteten

Lunds universitet

Abstrakt

Studies have shown that people with mental illness are at risk of developing metabolic syndrome. Contributing causes may be lifestyle and atypical antipsychotic drugs that this patient group normally takes. At this point psychiatry have focused on treating the patient's psychiatric symptoms and not physical health problems such as high BMI, abnormal waist/hip ratio, elevated blood pressure, and diabetes and lipid levels. This study examines both the prevalence of metabolic syndrome, care needs and quality of life of mentally ill people in social psychiatry. High waist/hip ratio was the risk factor that most patients had followed by high BMI, atypical antipsychotic drug usage, smoking, elevated blood pressure and elevated lipid levels. A significant association was found between the number of risk factors and health needs. No associations between quality of life and physical or mental illness was found.

Nyckelord: Metabolic syndrome, mental illness, antipsychotic drugs, health needs, quality of life

Författarnas tack

Vi skulle vilja tacka alla som med sin hjälp bidrog till att denna studie kunde genomföras. Stort tack vill vi förmedla alla deltagare, verksamhetschefer, sjuksköterskor från psykiatriska mottagningar samt alla boendestödjare som hjälpt till att samordna med kontakter och bokningar med deltagarna. Vi vill tacka vår handledare Bengt Svensson på Lunds universitet för allt stöd under arbetets gång. Tack även till Carina Forsman Björkman på FoU i Sörmland som varit engagerad i arbetet. Extra stort tack vill vi ge till statistiker Hans Eriksson från FoU i Sörmland för all statistisk hjälp, det har aldrig varit några problem, trots att vi kommit på saker i efterhand vilket inneburit mer jobb. Tack Lena Gotefors, verksamhetschef för psykiatriska kliniken, som besvarat vår inbjudan till samarbete och förfrågan om finansiering av blodprovstagningar.

Innehållsförteckning

PROBLEMBESKRIVNING	1
BAKGRUND.....	1
<i>Metabolt syndrom</i>	1
<i>Antipsykotisk medicinbehandling</i>	2
<i>Förekomst av metabolt syndrom inom psykiatri</i>	3
<i>Rökning och metabolt syndrom</i>	4
<i>Diabetes</i>	5
<i>Förebyggande åtgärder</i>	5
SYFTE.....	8
<i>Specifika frågeställningar</i>	9
METOD	9
URVAL AV UNDERSÖKNINGSGRUPP.....	9
FORSKNINGSTRADITION OCH VALT UNDERSÖKNINGSINSTRUMENT.....	9
GENOMFÖRANDE AV DATAINSAMLING.....	11
GENOMFÖRANDE AV DATABEARBETNING.....	12
ETISK AVVÄGNING.....	12
RESULTAT	12
<i>Beskrivning av undersökningsgrupp</i>	12
<i>Risikfaktorer för metabolt syndrom som studerades och identifierades i studien:</i>	13
<i>Tabell 1. Förekomst av följande riskfaktorer för metabolt syndrom i fallande ordning</i>	13
<i>Fig 2 Fördelningen av antalet riskfaktorer för metabolt syndrom per individ</i>	14
<i>Fig 3. BMI</i>	15
<i>Fig 4. Midja/Stuss-kvot</i>	16
<i>Blodtryck</i>	16
<i>Diabetes/blodsocker/insulinkänslighet</i>	17
<i>Fig 5. Labvärden (N=34)</i>	17
<i>Lipider</i>	18
<i>Antipsykotiska läkemedel</i>	18
<i>Antal riskfaktorer i gruppen atypiska antipsykotika</i>	18
<i>Fig 6 Vårdbehov enligt CANSAS</i>	19
<i>Livskvalitet enligt MANSAS</i>	20

DISKUSSION	20
DISKUSSION AV VALD METOD	20
DISKUSSION AV FRAMTAGET RESULTAT	21
KONKLUSION	24
FORTSATT FORSKNING	24
REFERENSER	25
BILAGA 1 (5)	
BILAGA 2 (5)	
BILAGA 3 (5)	
BILAGA 4 (5)	
BILAGA 5 (5)	

Problembeskrivning

Det skrivs mycket om den nya generationens antipsykotiska läkemedels goda effekt när det gäller psykosjukdomar. Dessa läkemedel gör att patienter kan skrivas ut från de psykiatriska vårdinrättningarna och istället anpassa sig till att leva ett liv i samhället. Läkemedlen har, som andra läkemedel, en del biverkningar. Den främsta biverkningen är viktuppgång vilket i sin tur kan leda till andra metabola sjukdomar som diabetes, förhöjda blodfetter, högt blodtryck och hjärt- och kärlsjukdomar. Som det ser ut inom psykiatrin idag görs inte uppföljning gällande sambandet mellan metabola sjukdomar och antipsykotisk medicin, vilket resulterat i att behandling inte sätts in i tid eller i värsta fall uteblivit helt. Det finns delar av landet som uppmärksammat problemet och infört hälsobefrämjande livsförändrande program, vilket lett till förbättrad hälsa (Forsberg, 2009).

Det finns tecken som visar på brister i samordningen mellan psykiatrin, primärvården och kommunens hälso- och sjukvård när det gäller prevention, uppföljning och behandling av metabolt syndrom hos psykiskt funktionshindrade. Detta stämmer överens med vår egen uppfattning och erfarenhet från arbetet som kommunsjuksköterska inom socialpsykiatrin i Eskilstuna. Vi tror att ett bättre samarbete mellan de olika vårdgivarna skulle kunna leda till mindre utveckling av följsjukdomar och lägre vårdbehov samt bättre livskvalitet hos psykiskt funktionshindrade vilket i sin tur kan resultera i att vårdkostnader kan minska. I och med de nya riktlinjerna ” *Kliniska riktlinjer - Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk störning*” (Svenska psykiatriska föreningen, et al. 2010) ökar förutsättningarna att kunna implementera nya arbetssätt och bättre samordning mellan de olika vårdgivarna när det gäller handläggning av metabola förändringar i samband med insättande av antipsykotiska läkemedels behandling.

Bakgrund

Metabolt syndrom

Metabolt syndrom är ett samlingsbegrepp för samtidig förekomst av flera sjukdomar som diabetes, hyperlipidemi, diabetesketoacidosis, hypertoni och andra hjärt- kärlsjukdomar. Tyvärr missas ofta symtomen på metabolt syndrom inom psykiatrin vilket gör att många patienter går obehandlade.

De exakta orsakerna till syndromet är inte fastställda, men förekomst av framför allt bukfetma, insulinresistens, stillasittande livsstil samt genetisk känslighet kan vara bidragande orsaker. Viktökning är oftast det mest uppenbara tecknet på metabolt syndrom. Detta innebär ofta ett stort lidande för patienterna och kan även bidra till en större social isolering (Usher, Foster & Park 2006).

Patienter som har bipolär sjukdom, schizofreni eller annan psykosjukdom löper en större risk att drabbas av metabolt syndrom än befolkningen i övrigt. Detta kan bero på dåliga kostvanor och brist på motion. Uppföljningen av den somatiska hälsan hos psykiatriska patienter uppvisar en hel del brister och många personer som har schizofreni behandlas inte för metabolt syndrom på grund av att deras sjukdomar inte blivit upptäckta. I de fall där metabola sjukdomar upptäcks så följs de sällan upp på ett tillräckligt sätt (Tirupati & Chua, 2007).

Med den andra generationens antipsykotiska läkemedel har en effektiv minskning av psykotiska symtom uppnåtts. Dessa preparat ger dock en del biverkningar, framförallt har de en negativ inverkan på det metabola systemet i kroppen. Det har bland annat visats att ökad insulinresistens förekommer hos patienter som behandlas med clozapin (Klozapin®, Leponex®) eller olanzapin (Zyprexa®) trots att de har normal vikt (Svenska psykiatriska föreningen, 2010). Att patientgruppen som behandlas med dessa preparat även är överrepresenterade när det gäller andra riskfaktorer för metabola sjukdomar understryker vikten av förebyggande arbete. I en studie av öppenvårdspatienter som behandlades med Klozapin® i Sydney, Australien fann man att risken för metabolt syndrom förhöjdes hos patienterna. De uppvisade förhöjd blodsockernivå, ökat diastoliskt blodtryck, ökat midjemått, förhöjd triglyceridnivå samt högre BMI (Brunero, Lamont & Fairbrother, 2009). Av dessa anledningar betonar författarna att riktlinjer bör finnas för hur psykiatrisjuksköterskor ska arbeta för att förebygga somatisk ohälsa. Det behövs även utvecklas metoder för en bättre omvårdnad för patienter som redan drabbats. (Usher, Foster & Park, 2006).

Antipsykotisk medicinbehandling

Nyinsjuknade patienter i psykosjukdom behandlas enligt Ottosson (2008) i första hand med klassiska neuroleptika (antipsykotika) som har bra effekt på de positiva symptomen. Nackdelen är att antipsykotiska läkemedel kan ge svåra extrapyramidala biverkningar. Cullberg (2005) menar att det finns en stark naturlig läkningsförmåga för psykosjukdom hos människor. Han menar att psykos skulle kunna läka med rätta sociala och psykologiska insatser men att dessa måste stödjas med läkemedelsbehandling i form av antipsykotika för att underlätta vården i den akuta fasen. Patienter som har mycket ångest, katastroftankar och motorisk oro behöver även få den lugnande effekten av atypiska neuroleptika, till exempel Risperidon som har både bra och snabb effekt

(Ottosson, 2008). Ottosson (2008) säger vidare att atypiska antipsykotika som Seroquel® och Zyprexa® är bra att använda vid behandling av patienter med både positiva och negativa symptom. Klozapine® används när andra läkemedel inte gett tillräcklig bra effekt eller om extrapyramidala biverkningar är alldeles för svåra. Det finns en stor concensus om att läkemedel är ett nödvändigt behandlingsinslag i psykosvården.

Förekomst av metabolt syndrom inom psykiatri

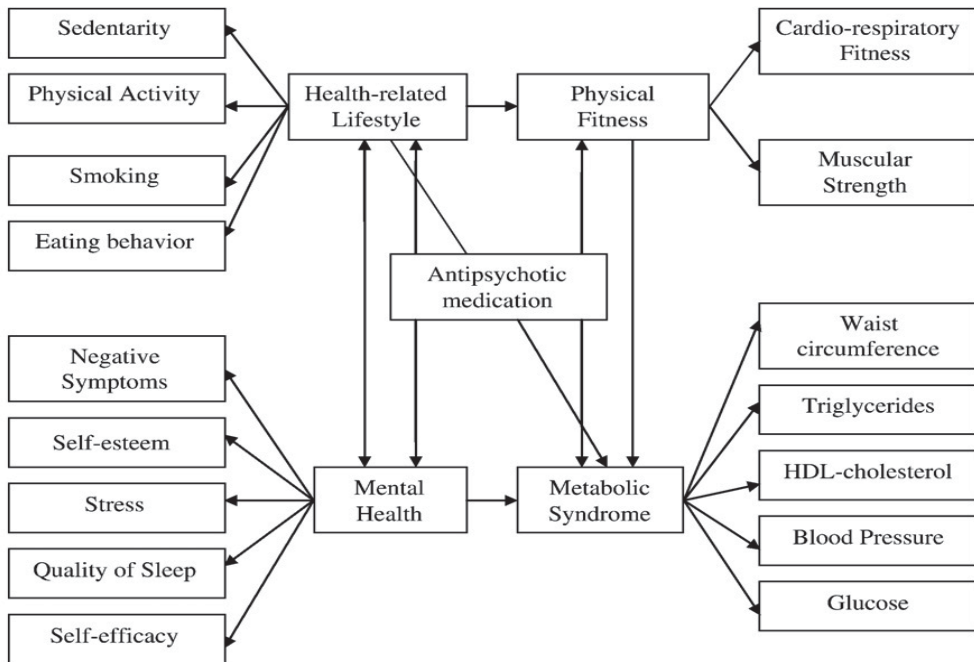
Forsberg (2009) beskriver i sin avhandling att det finns en ökning av problem med den somatiska hälsan och en ökad överdödlighet bland personer med psykiska funktionshinder. Litteraturgenomgången talar tydligt om stora skillnader mellan befolkningen i övrigt och personer med psykisk sjukdom när det gäller förekomst av diabetes, hjärt- och kärl sjukdomar, hypertoni och en rad andra somatiska sjukdomar. Detta förekommer även hos personer med normal vikt men övervikt och fetma är i stort sett väldigt vanligt. Detta beror dels på den psykiska sjukdomen i sig och dels på faktorer som livsstil och kost. Till en del beror detta även på användningen av antipsykotiska mediciner. Framförallt ger den nya generationer av neuroleptika, som tidigare nämnts, en hel del metabola förändringar i kroppen. Psykiatriska patienter bemöts inte heller på samma sätt som övriga patienter inom primärvården då det brukar råda okunskap om hur den här patientgruppen bör bemötas och bedömas. Resultatet blir att den somatiska ohälsan tolkas som psykiatriska symptom och följs inte upp på sedvanligt sätt. Problemen blir inte mindre när psykiatrin främst behandlar och fokuserar på psykiska symptom. Det saknas en tydlig samarbetsform där patientens hälsa och vårdbehov kan diskuteras och åtgärdas utifrån ett holistiskt perspektiv och där ohälsa kan behandlas i ett tvärprofessionellt teamarbete (Forsberg 2009).

Man vet att metabola förändringar kan bero på en rad faktorer som genetiskt arv, olika läkemedelsgrupper och att personer med psykiska sjukdomar riskerar mer än övrig befolkning att drabbas av somatiska sjukdomar (Svenska psykiatriska föreningen, 2010). Dessa aspekter ligger dock utanför ramarna för den här studien.

Hur olika faktorer som livsstil och psykisk sjukdom hänger ihop med antipsykotisk medicinering och metabolt syndrom hos patienter med schizofreni (Fig. 1)

Fig 1.

Relations between the metabolic syndrome, physical fitness, health-related lifestyle behavior, variables of mental health and antipsychotic medication in persons with schizophrenia



HDL= High Density Lipoproteins

(Deckx et al. 2010, Psychiatry Research 177;271–279 sid 274)

Rökning och metabolt syndrom

Personer med psykisk sjukdom röker upp till tre gånger mer än befolkningen i övrigt. En av anledningarna till detta är att nikotin lindrar symptom som bristande uppmärksamhet, koncentration, minne och kognitiv förmåga. Nikotinbristen kan leda till förvärrade symptom och öka risken för återfall i psykos. De upplever ofta abstinenssymptom på ett likartat sätt som återfall i psykos (Lawn & Pols, 2003). Rökningen har samtidigt skadliga effekter på hälsan. I två brittiska studier har det framkommit att risken för att få diabetes ökar med 50-70% för personer som röker. Dock såg man att risken minskade fem år efter att personen slutat röka. Efter 20 år sågs en normaliserad risk. Även en studie gjord i Japan visade ett samband mellan tobakskonsumtion och diabetes. Ju mer personen rökte desto större var risken att få diabetes (Nyström, 2008).

Rökning ökar inte bara risken för att drabbas av diabetes utan förvärrar även förloppet. I en tvärsnittsstudie jämfördes bl.a. insulindoser hos diabetiker. Resultatet visade att triglyceridnivåerna i blodet och insulindoserna var högre hos dem som rökte jämfört med icke rökare. En svensk studie visar att de med typ 2 diabetes, som fanns med i NDR (Nationella Diabetesregistret), uppvisade ett samband mellan rökning och sämre metabol kontroll. Även förekomst av mikroalbuminuri ökade. Oklarhet fanns dock om rökning också ökar behandlingsbehovet, till exempel om höjning av insulindos är nödvändig. Studierna gällande rökning och metabola effekter har främst gjorts på friska personer (Nyström, 2008).

Diabetes

Socialstyrelsens rekommendationer avseende allmän screening för diabetes är satt till grad 3 på en skala mellan 1 och 10, där 1 är den starkaste rekommendationen och 10 den svagaste. Detta är en ganska stark rekommendation som baseras på vetenskapliga studier. Socialstyrelsen bedömer att nyttan av opportunistisk screening för diabetes bland personer som ligger i riskgrupper är större än olägenheterna. Målet ska främst vara att identifiera individer och grupper som behöver erbjudas förebyggande behandling med livsstilsförändringar (Socialstyrelsen, 2008).

Förebyggande åtgärder

Förebyggande åtgärder syftar till att förhindra lidande hos patienten men kan även vara kostnadsbesparande. Preventiv vård innebär bland annat patientundervisning där betydelsen av hälsosamma kostvanor, motion och i övrigt sunda vanor lärs ut och där tidiga tecken som övervikt, ökad bukmängd och högt blodtryck betonas. Även blodprover bör följas regelbundet, däribland fasteblodsocker (Usher, Foster & Park 2006). Spårning, uppföljningar samt lämplig behandling av fetma och metabola sjukdomar bör vara åtgärder för att minska sjuklighet och dödlighet samt även kunna leda till förbättrad rehabilitering (Tirupati & Chua, 2007). Den här typen av intervention bör göras minst en gång per år. Risken för metabola sjukdomar bör uppmärksammas vid insättning eller byte av antipsykotisk medicin. Övervikt är svårbehandlad och ligger till grund för ökad risk för diabetes eller hjärt- och kärlsjukdomar, därför är det särskilt viktigt med förebyggande insatser i ett tidigt skede. Ansvaret för vården ligger hos psykiatrin som antingen kan utföra insatserna själva eller ta hjälp av somatisk läkare. Ansvaret för samarbetet ligger hos den psykiatriska klinikens verksamhetschef (Svenska psykiatriska föreningen, et al. 2010).

Förebyggande arbete med livsstilsrådgivning och försök att prova ett annat antipsykotiskt preparat är svåra uppgifter. Dels kan psykiatriska patienter ha svårigheter med att ta till sig information och att göra förändringar. Dels kan patienten behandlas med clozapine som är ett ”sistahandspreparat” men ger en hög risk för metabola biverkningar och där ett preparatbyte skulle allvarligt äventyra patientens psykiska hälsa. Psykiatrin ställs här inför svåra avvägningar (Svenska psykiatriska föreningen, et al. 2010).

I en spansk studie har man jämfördes en grupp som fått tidig beteendemässig intervention (EBI) med en grupp som fått rutinmässig vård (RCI). Den första gruppen fick en preventiv intervention mot viktökning. Denna riktades till förstagångsinsjuknade i psykos som fått antipsykotisk behandling. EBI bygger på att patienterna ska lära sig strategier i att aktivt och självständigt jobba med sin egen prevention. Man jobbar med beteendet, kost och motion. I kontrollgruppen hade patienterna endast fått information om risken för viktökning i samband med antipsykotisk läkemedelsbehandling samt råd att öka motionen mera och minska mat intaget. Resultaten av studien visade att både vikt och BMI ökat mindre bland deltagarna som fått EBI. Deltagarna i kontrollgruppen som fått RCI hade både ökat mer i vikt och fått högre BMI vid 3 månaders uppföljning. Slutsatsen var att EBI var en effektiv förebyggande insats (Álvarez, et al. 2006).

Det har gjorts några korta uppföljningsstudier där både tre- och sex månaders uppföljning visat bra resultat av tidig intervention, skriver Álvarez (2010). Vid ett- och tvåårsuppföljningarna har dock effekten avstannat. Detta innebär att skillnaderna mellan de som fått EBI och de som fått RCI slätats ut. Forskarnas slutsats är att man behöver erbjuda långsiktiga interventioner för att bibehålla det beteende och de mat- och motionsvanor som man fick från början av behandlingen. Författarna menar också att man bör göra ytterligare studier för att mäta resultaten långsiktigt samt även involvera studier med fokus på läkemedel, kliniska symptom, livskvalitet och fysisk hälsa (Álvarez, et al. 2010).

Slutsatsen av en australiensk studie, där omvårdnaden av patienter som behandlades med atypiska antipsykotiska läkemedel undersöktes, var att dessa patienter ligger i riskzonen för att utveckla metabol instabilitet. Med detta menar författarna viktökning, förhöjda blodfetter och typ 2 diabetes. Prevalensen av typ 2 diabetes och metabolt syndrom var signifikant högre vid kronisk psykisk sjukdom och speciellt högre vid schizofreni. Delvis kunde det förknippas med användning av atypiska antipsykotiska läkemedel. Författarna menar att det är viktigt att sjuksköterskor både nybörjare och erfarna ska vara införstådda med de stora hälsoriskerna för att på bästa möjliga sätt kunna ge adekvat vård. Omvårdnaden måste inkludera bedömning, planering, intervention och uppföljning av hälsorisker och hälsofrämjande vård för denna riskgrupp (Edward, Rasmussen & Munro, 2010).

Jones och Jones (2008) betonar också vikten av psykiatrisjuksköterskornas aktiva roll i identifiering av och förebyggande av metabolt syndrom i samband med antipsykotisk medicinering. De beskriver en rad åtgärder som sjuksköterskor bör ägna sig åt i sitt dagliga arbete med schizofrenipatienter. Dessa åtgärder handlar om att förhindra/fördröja somatisk sjukdom samt förbättra den somatiska hälsan.

Forsberg (2009) har studerat förändringar efter en hälsointervention som pågick i 12 månader. Interventionen grundade sig på livsstilsförändringar med fokus på motion och kost samt undervisning. Resultaten blev ett minskat antal personer med utvecklat metabolt syndrom samt en minskning av riskfaktorer för metabolt syndrom jämfört med kontrollgruppen. Däremot har man inte sett några förändringar när det gäller vikt, BMI eller midjemått. Man kunde däremot se att patienterna rapporterade en bättre känsla av sammanhang och andra positiva psykosociala förändringar då även personalen deltog i interventionen tillsammans med brukarna. Forskaren finner därför ett behov av att utveckla bättre, för målgruppen, anpassade pedagogiska metoder med tanke på deras kognitiva nedsättningar för att eventuellt uppnå bättre resultat. Även helt individuellt utformade program med personlig coach och samarbetet mellan sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist, primärvård och psykiatri bör prövas (Forsberg, 2009).

Det betonas i flera artiklar, varav några är kunskapsöversikter, att ett individuellt program för varje patient bör upprättas. Programmet ska innehålla övervakning och aktivt engagemang från vårdens sida. Patienter bör följas upp på ett bättre sätt och få både information och förebyggande vård för att minimera metabola förändringar i framtiden. Preventiv vård bör inkludera patientutbildning i riskfaktorer samt hjälp med hälsofrämjande vård i form av livsstilsförändring med ökad fysisk aktivitet, val av hälsosam kost och matvanor samt minska/utesluta rökning. Uppföljning av den psykiatriska vården när det gäller val eller dosering av antipsykotiska preparat får inte glömmas bort. Psykiatriska patienter behöver en vård som kan leda till minskad samsjuklighet och dödlighet och en förbättrad rehabilitering (Tirupati & Chua, 2007; Deckx et al. 2010; Brunero, Lamont & Fairbrother, 2009; Al-pert et al. 2009; Rege, 2008).

Brunero och Lamont (2009) har i en studie jämfört en grupp patienter som screenades regelbundet för metabolt syndrom med en kontrollgrupp som inte screenades regelbundet. Resultatet visade att i jämförelsegruppen fanns en hel del patienter som hade utvecklat metabolt syndrom och inte var behandlade för det. De förespråkar att en ny funktion bland sjuksköterskor borde införas inom sjukvården. De föreslår en kardiometabol psykiatrisjuksköterska som skulle handlägga screening samt handledning, behandling och uppföljning av kardiometabola sjukdomar hos psykiatriska patienter. Detta för att skapa en rutin för systematisk uppföljning av riskfaktorer för den somatiska hälsan.

I Kanada uppmärksammade tre psykiatrisjuksköterskor problemet med viktökning hos sina patienter inom öppen vård. De genomförde därefter en pilotstudie där de först screenade alla sina patienter och sedan startade ett hälsofrämjande program. Före och efter interventionen mättes vikt, BMI, blodtryck, fastblodsocker och lipider. Studien talar om positiva effekter av programmet, inte bara på de mätbara parametrarna utan även på de subjektiva upplevelser (Klam, McLay & Grabke, 2006).

Enligt några studier som presenteras i en kunskapsöversikt skulle man kunna kombinera metformin med antipsykotika för att motverka hyperglykemi. Med en ökad insulinkänslighet i kombination med viktkontroll och livsstilsförändring skulle behandlingen kunna ge mycket bättre resultat än endast medicinbehandling. Därför är det viktigt att påpeka att det behövs en bra samordning mellan psykiatri och allmänmedicinsk vård för ett bättre välbefinnande bland psykiatriska patienter som behandlas med antipsykotisk medicin (Al-pert et al. 2009).

Det finns ett klart och tydligt samband mellan psykisk sjukdom, antipsykotisk medicinering och betydande fysisk och psykisk samsjuklighet. Detta ställer krav på behandlaren att tillsammans med patienten göra en avvägning mellan effektiviteten och biverkningarna av antipsykotiska läkemedel. Målet bör vara bästa möjliga terapeutiska nivån med minst risk för skadliga effekter som metabola förändringar. Det finns ett behov av att upprätthålla nya tjänster inom den psykiatriska vården. Ett förslag är att en psykiatrisjuksköterska med speciellt uppdrag att samordna alla insatser och hjälpa patienter till en bättre uppföljning av medicinering, metabola risker och samband mellan den psykiska och fysiska ohälsan bör införas och provas (Svenska psykiatriska föreningen, et al. 2010).

Enligt Rege (2008) behövs ett ökat samarbete mellan psykiatrisk vård, allmänmedicinsk vård, endokrinologi, dietister, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och andra terapeuter om man ska kunna erbjuda en bättre holistisk vård som i sin tur kan ge en bättre hälsa och välbefinnande för personer med schizofreni.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka prevalensen av riskfaktorer för metabolt syndrom samt vårdbehov och livskvalitet bland personer med psykiska funktionshinder som bor i särskilt boende inom socialpsykiatri i Eskilstuna Kommun.

Specifika frågeställningar

Hur ser sambandet ut mellan riskfaktorer för metabolt syndrom och antipsykotiska läkemedel hos psykisk sjuka?

Hur ser sambandet ut mellan riskfaktorer för metabolt syndrom hos psykiskt sjuka och vårdbehov?

Hur ser sambandet ut mellan riskfaktorer för metabolt syndrom hos psykisk sjuka och livskvalité?

Metod

Urval av undersökningsgrupp

Studien genomfördes bland personer med psykiskt funktionshinder som bor i särskilt boende inom socialpsykiatri i Eskilstuna kommun, i åldrarna mellan 18 och 87 år. Alla brukare, totalt 80 tillfrågades (förutom de som exkluderats, se nedan) till största del av författarna själva. Vid ett boende var det personal som frågade brukarna. Brukarna fick muntlig information samt även ett informationsbrev. De som ville delta i studien skrev under sitt medgivande. Tydlig information om att deltagandet var frivilligt och inte skulle påverka deras behandling gavs. 37 brukare valde att delta i studien. Två brukare ändrade sig och tackade nej under studiens gång. Totalt var det 35 respondenter som deltog i studien.

Exklusionkriterier: Några brukare saknade verbal kommunikationsförmåga. Vår bedömning var, med all respekt för dem som individer, att de inte på ett tillförlitligt sätt hade förmågan att besvara frågeformulären. Av den anledningen har dessa brukare inte tillfrågats om deltagandet i studien.

Forskningstradition och valt undersökningsinstrument

Följande instrument har använts:

Riktlinjer för Metabol screening i Psykiatrisk sjukvård - Ett underlag för utredning och uppföljning av metabola riskfaktorer vid behandling med antipsykotiska och stämningsstabiliserande läkemedel (Adolfsson, R & Nordin A, 2008). Instrumentet har använts sedan 2001 för metabolt kartläggning av patienter med psykos- och bipolär sjukdom vid Norrlands universitetssjukhus.

Metoden är nu även implementerad i Piteå sjukvårdsdistrikt. Vi har använt delar av deras screeningsinstrument som vi tyckte passade för vår studie (bilaga 3). Med andra ord har vi gjort en modifiering av instrumentet och anpassat till studiens behov. När det gäller referensvärden för samtliga blodprover, som togs, har vi ändrat dessa till de rekommendationerna som Södermanlands landsting har. De delar av instrumentet vi valt att använda fanns till viss del även med i de nya kliniska riktlinjerna (Svenska psykiatriska föreningen, et al. 2010). Blodprover som togs var HbA1c, f-insulin, f-glucos, total kolesterol, HDL, LDL och triglycerider.

Vårdbehov bedömdes med CANSAS (Ericson, 2007) (bilaga 5). CANSAS är en kort version av CAN vilken är en internationellt godkänd skattningsskala för bedömning av vårdbehov inom psykiatri. Instrumentet består av 22 variabler dvs. man skattar de 22 olika vårdbehov som anges. Dessa är: bostad, föda, hemmets skötsel, hygien, daglig sysselsättning, fysisk hälsa, psykotiska symptom, information om hälsotillstånd och behandling, emotionella besvär, egen säkerhet, andras säkerhet, alkohol, droger/mediciner, sociala kontakter, nära relationer, sexuell funktion, barnomsorg, skolfärdigheter, telefon, transport, ekonomi och sociala förmåner/bidrag. Svartalernativ för samtliga frågor som också poängsätts är följande: 0 = inga problem, 1 = inga/måttliga problem tack vare pågående insatser/behandling, 2 0 allvarliga problem/otillfredsställda behov av vården, 9 = ej känt. Summering av alla vårdbehov ger en bra bild över huruvida de upplevs vara tillfredsställda eller ej. Instrumentets reliabilitet och validitet är kontrollerade och godkända samt översatta och testade i Sverige (Björkman, Hansson & Svensson, 1995).

Livskvalitet mättes med MANSA (Evans, Huxley, Knight & Priebe, 2002) (bilaga 4). MANSA är ett instrument för skattning av livskvalitet inom psykiatrisk vård. Det är en förkortad version av instrumentet LQLP och reliabilitet samt validitet är testade samt är godkända såväl internationellt som i Sverige (Björkman & Svensson, 2005). Självskattnings formuläret består av 16 olika frågor med aspekt på olika områden inom temat livskvalitet. Fyra frågor som avser vänskap, brott och fysisk våld har svartalernativ: JA och NEJ.

Övriga frågor som avser: liv i helhet, sysselsättning, ekonomi, fritid, boende, personlig säkerhet, sexliv, relationer, fysisk och psykisk hälsa skattas enligt en sjugradig skala.

1 = kunde inte vara värre, 2 = missnöjd, 3 = för det mesta missnöjd, 4 = både och, 5 = för det mesta nöjd, 6 = nöjd och 7 = kunde inte vara bättre.

Genomförande av datainsamling

Förfrågan skickades till verksamhetschef för socialpsykiatrin, primärvården samt psykiatriska kliniken i Eskilstuna. De fick alla projektplan och informationsbrev gällande studien, där syftet, kriterier samt tillvägagångssätt beskrevs (bilaga 1). Vi hade även ett möte med verksamhetschefen för psykiatriska kliniken för att förklara studien mer grundligt. Samtliga verksamhetschefer gav skriftligt sitt medgivande till studiens genomförande. Projektplan skickades därefter till Vårdvetenskapliga Etiknämnden (VEN) vid Lunds Universitet för granskning, rådgivande yttrande. VEN hade i sitt yttrande ingenting att invända mot genomförande av studien.

När VEN ansökan besvarades och medgivande till att genomföra studien kommit informerades personal på respektive boende om studien. Sedan tillfrågades brukarna (respondenterna) av författarna själva om de ville delta i studien. Det var bara på ett boende, där personal frågade brukarna själva eftersom de ansåg att det var bättre så. Även skriftlig information gavs och brukarna fick skriva under att de ville delta i studien. Respondenterna fick information både skriftligt och muntlig, om att studien var frivillig och att de när som helst kunde avbryta deltagande i studien utan förklaring och att det inte skulle innebära konsekvenser gällande fortsatt vård. Respondenterna fick även information om sekretesskydd och konfidentialitet samt hur inhämtat material skulle förvaras och kodas.

Författarna träffade sedan respondenterna enskilt. Till en början träffades respondenterna två gånger, först för att få information och boka en tid för själva datainsamlingen. Det var ofta svårt att träffa respondenten på bokade tider så i fortsättningen samlades all data redan vid första besöket efter att respondenterna skrivit på att de ville medverka i studien. Aktuell vikt och längd inhämtades från kommunens hälso- och sjukvårdsjournalen Tekla i de fall det fanns uppgifter som inte var tagna tidigare än september. I annat fall då det inte fanns aktuell uppgift gjordes mätning och vägning i samband med datainsamlingen. Aktuella labvärden inhämtades från landstingets patientjournal BMS. Blodprovstagning gjordes på respektive vårdcentral, förutom på de respondenter som inte kunde ta sig dit där vi själva tagit prover vid hembesök.

Med aktuella värden menar vi värden som var tagna senast under september 2010. I det här fallet hade vi valt att begränsa tidsperioden till 3 månader: september, oktober och november 2010. För de labvärden som det inte fanns ett aktuellt provsvar ordinerades blodprover av ansvarig läkare inom psykiatri.

Information gällande diagnos samt provsvar efter blodprovstagning inhämtades via landstingets patientjournal. Aktuella läkemedelslistor inhämtades via e-dos.

Genomförande av databearbetning

Databearbetningen genomfördes med hjälp av statistikprogrammet SPSS (Statistical Package for Social Science) för Windows, Rel.17.0. Chicago:SPSS Inc. Jämförelser mellan proportioner har gjorts med Chi2-test. Sambandet mellan antalet riskfaktorer och vårdbehov har testats med ett gammatest. Samband mellan livskvalitet och antalet riskfaktorer är analyserat med Spearman rank correlations. Jämförelser mellan subgrupper har gjorts med Mann-Whitney U-test.

Etisk avvägning

Tillstånd att genomföra studien har inhämtats från verksamhetschefer (se bilaga 1). Undersökningsspersoner har fått både muntlig och skriftlig information om studiens genomförande och syfte samt att deltagande är frivilligt och att de hade rätt att när som helst avbryta sitt deltagande utan att behöva motivera varför och att detta avbrytande inte skulle ha några konsekvenser för personens fortsatta vård. Skriftligt informerat samtycke har inhämtas från alla som ville delta (se bilaga 2). Innan studien påbörjades lämnades den in för granskning hos Vårdvetenskapliga Etiknämnden vid Lunds Universitet för godkännande. För att kunna få nödvändig information om deltagarnas diagnoser och labvärden har skriftlig ansökan om medgivande från verksamhetschefer för både psykiatriska kliniken och primärvården inhämtats (bilaga 1). Eftersom ansvarig läkare inom psykiatrin skulle ordinera de blodprover som behövdes, informerades respondenterna även om det innan de gav sitt medgivande och även att provsvaren kommer till ansvarig läkare.

Resultat

Beskrivning av undersökningsgrupp

Trettiofem respondenter deltog och var mellan 20 och 72 års ålder, medianåldern var 49 år. Av de 35 som deltog var 15 kvinnor och 20 män. Tjugosex respondenter hade någon form av psykosjukdom som diagnos dvs. någon form av schizofreni eller bipolär sjukdom. Andra diagnoser som förekom var tvångssyndrom, missbruk, personlighetsstörning, beteende och emotionell störning, lindrig psykisk utvecklingsstörning och ADHD. Vissa diagnoser förekom som en sekundär diagnos till den primära psykosdiagnosen.

Risikfaktorer för metabolt syndrom som studerades och identifierades i studien:

Från litteraturen identifierades 7 olika riskfaktorer. Dessa har sedan vägts samman för respektive individ som ingått i studien. De identifierade riskfaktorer för metabolt syndrom presenteras nedan.

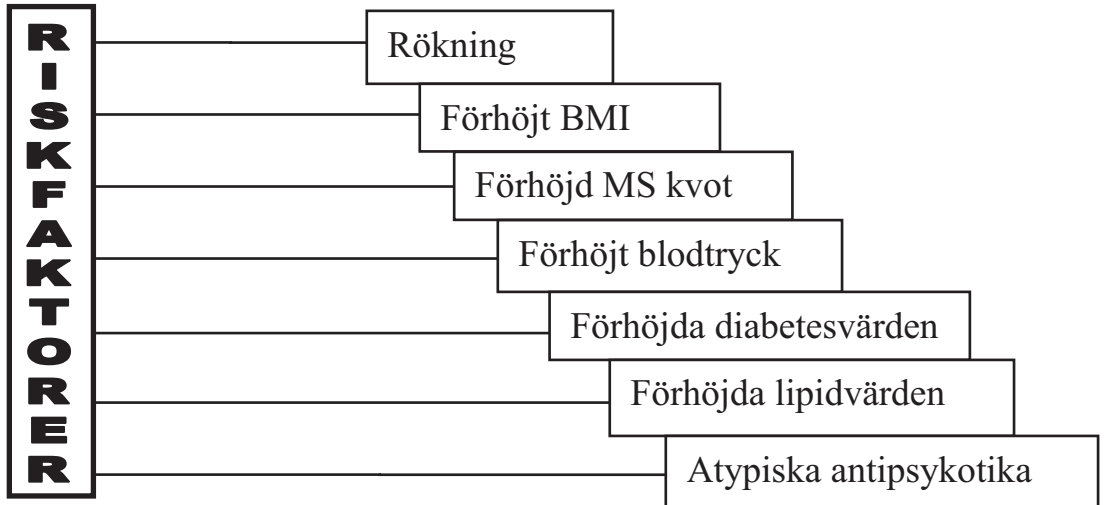


Fig 1. Identifierade riskfaktorer för metabolt syndrom

Tabell 1. Förekomst av följande riskfaktorer för metabolt syndrom i fallande ordning (N=35)

Risikfaktor	Förekomst n (%)
Förhöjd MS kvot	30 (85,7)
Förhöjt BMI	24 (68,6)
Atypiska antipsykotika	24 (68,6)
Rökning	23 (65,7)
Förhöjt blodtryck	22 (62,9)
Förhöjda labvärden*	18 (53)
Förhöjda diabetesvärden**	17 (48,6)
Förhöjda lipider***	7 (20)

* Förhöjda labvärden: minst en av samtliga labvärden utanför referensvärden: HbA1c, f-glukos, f- insulin, total kolesterol, HDL, LDL och triglycerider.

** Minst ett diabetesvärde förhöjt och/eller diabetes diagnos

*** Förhöjda lipider: minst ett av följande värden förhöjt eller behandling för blodfetter/lipider

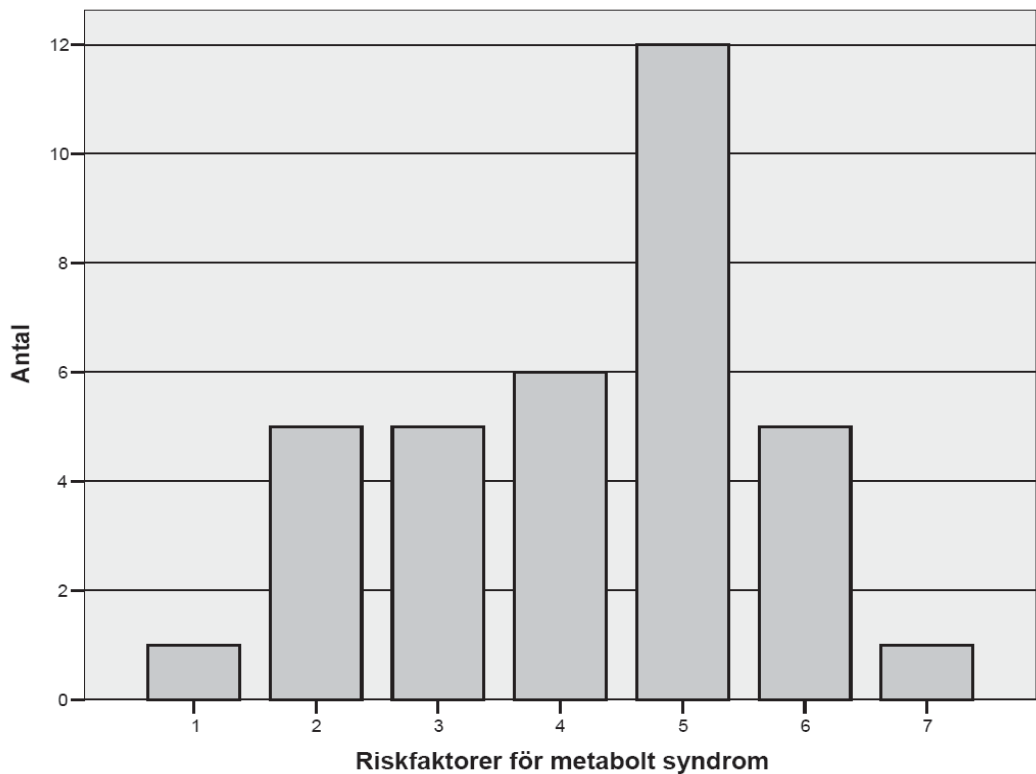


Fig 2 Fördelningen av antalet riskfaktorer för metabolt syndrom per individ

Alla 35 respondenter hade minst en riskfaktor. En respondent hade endast en riskfaktor och en som hade alla sju riskfaktorer. De flesta respondenterna hade dock mellan två och sex riskfaktorer. 12 respondenter hade 5 riskfaktorer och 6 stycken hade 4 riskfaktorer.

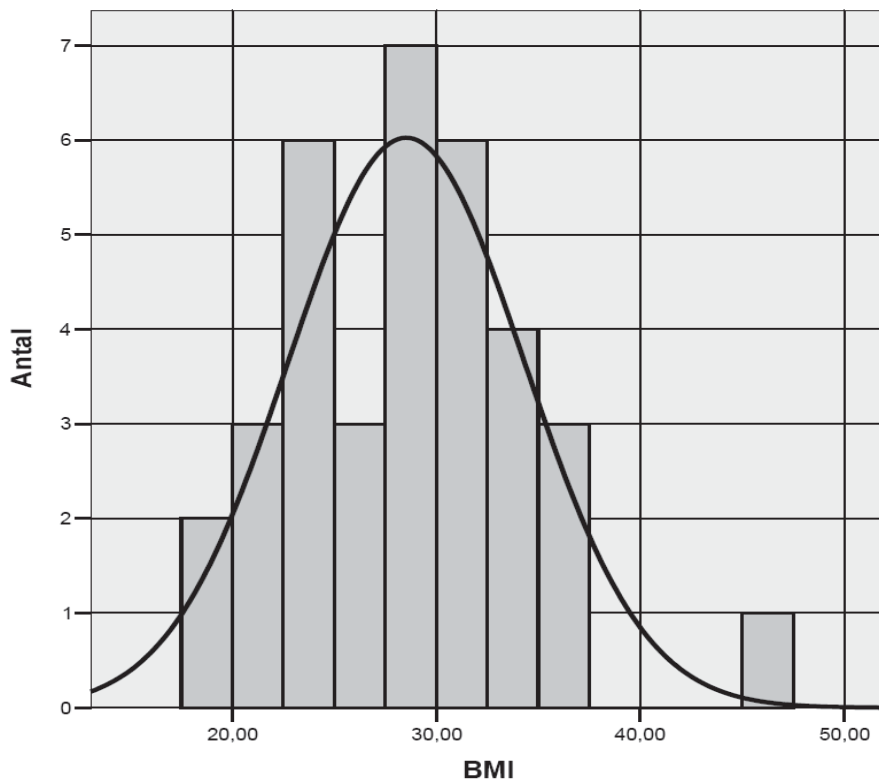


Fig 3. BMI

Tio respondenter var överviktiga och 14 var kraftigt överviktiga. Både överviktiga och kraftigt överviktiga är medräknade i riskfaktor BMI (alla med BMI över 25).

Medelvärdet på BMI för riskgruppen med förhöjda diabetesvärden var 34,7, övriga hade ett genomsnittligt BMI på 26,7. Av de 14 kraftigt överviktiga tillhörde 6 respondenter gruppen som hade förhöjda diabetesvärden.

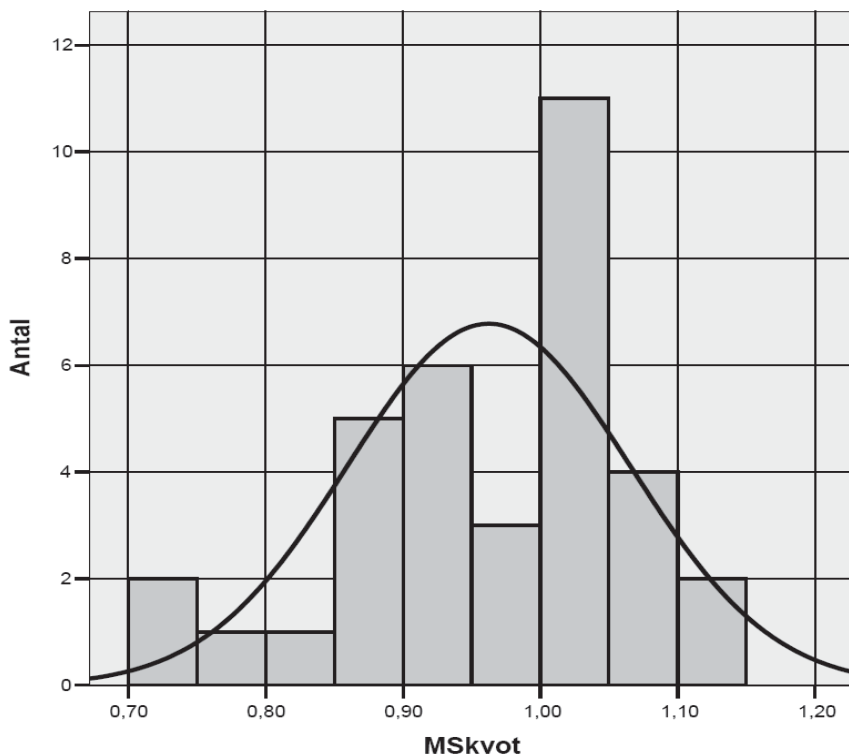


Fig 4. Midja/Stuss-kvot

Bara 5 respondenter hade normal MS kvot (<0,85 för kvinnor och < 0,90 för män). Övriga 30 respondenter, (85,7%), hade en MS kvot som talar för en risk för metabolt syndrom. Medelvärdet på MS kvot för dem i diabetesriskgruppen låg på 1,02 medan de övriga hade en kvot på 0,95.

Av de 35 respondenterna hade sju både diabetesriskfaktor och förhöjd MS kvot.

Blodtryck

Av 22 respondenter som hade förhöjt blodtryck var det 6 som behandlade med god effekt. Av de ytterligare 16 som hade förhöjt blodtryck fick 13 inte någon behandling och 3 hade otillräcklig effekt av den behandling de fick. 13 respondenter hade normalt blodtryck utan någon behandling.

Diabetes/blodsocker/insulinkänslighet

Av de 17 respondenterna som hade förhöjda diabetesvärden var det sju som hade diabetesdiagnos och behandling för det. Av dem som hade behandling hade fem respondenter fortfarande höga blodsockervärden. Det var 18 respondenter som hade normala diabetesvärden utan någon diabetesbehandling. Tio respondenter hade förhöjt f-glucos och fyra hade förhöjt f-insulin. I gruppen med riskfaktorer för diabetes inkluderas alla respondenter som hade antingen en diagnostiserad diabetes eller minst ett förhöjt labvärde på fastebloodsocker, HbA1c eller f-insulin.

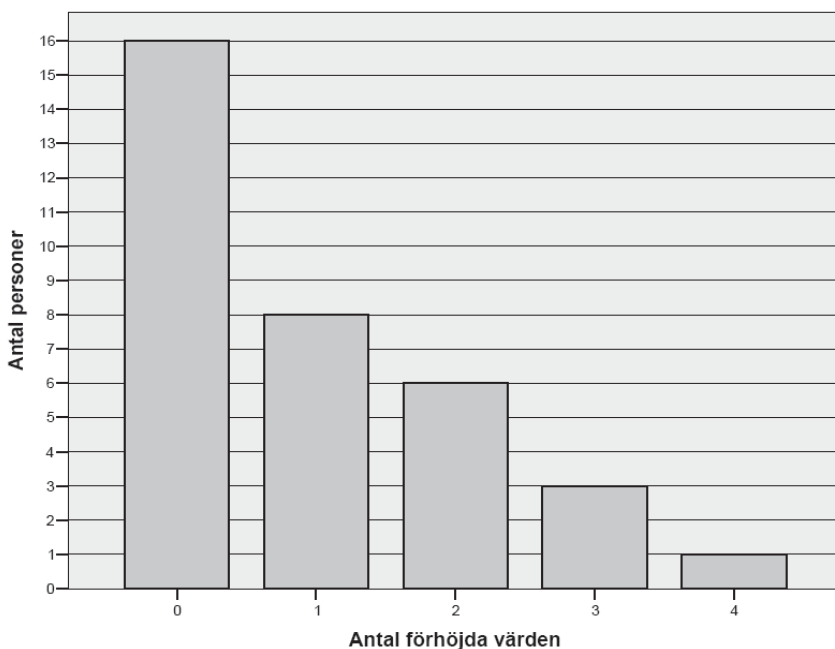


Fig 5. Labvärden (N=34)

Diagrammet innefattar provsvar på samtliga blodprover. Hälften (18) av respondenterna hade en eller flera förhöjda labvärden. En respondent hade fyra labvärden förhöjda. Antal respondenter med förhöjda labvärden var 18 av 34=53%. För en respondent saknades glukosvärden. Övriga 16 hade normala labvärden.

Samband mellan f-insulin och triglycerider. Det fanns inga statistiska samband mellan f-insulin och triglycerider. Av fem respondenter som hade förhöjda triglycerider var det bara en respondent som även hade ett avvikande f-insulin. Totalt hade fyra respondenter förhöjt f-insulin.

Lipider

Sju respondenter, 20 %, hade förhöjda lipider (Kolesterol HDL, LDL, Triglycerider) eller behandling mot höga blodfetter.

Antipsykotiska läkemedel

Tabell 2. Fördelning av följande riskfaktorer vid medicinering med atypiska antipsykotika (N= 16), klassiska antipsykotika (N=11) och kombination av båda (N=8).

Riskfaktor	Atypiska antipsykotika n(%)	Klassiska antipsykotika n(%)	Båda n(%)
Rökning	10(63)	9(82)	4(50)
Förhöjt BMI	11(69)	7(64)	6(75)
Förhöjd MS kvot	15(94)	8(73)	7(88)
Förhöjt blodtryck	7(44)	5(56)	4(50)
Förhöjda diabetesvärden	8(50)	5(56)	4(50)
Förhöjd fasteglukos	5(33)*	1(11)	4(50)

- Av 15

Förhöjt MS kvot fanns hos 92 % av dem som medicinerades med atypiska antipsykotika och hos 79 % av dem som medicinerades med klassiska antipsykotika. Det är generellt fler respondenter med atypiska läkemedel som också uppvisar risker för metabolt syndrom. En jämförelse mellan antalet riskfaktorer bland respondenter som behandlas med atypiska och klassiska läkemedel visar en klar tendens till ett signifikant ökat antal riskfaktorer i den atypiska gruppen ($p < 0,056$).

Av de 24 respondenterna med atypiska antipsykotika, behandlades nio respondenter (37,5 %) med clozapine, nio (37,5 %) med Zyprexa®, fyra (16,6 %) med Risperdal® och två (8,3 %) med Seroquel®.

Antal riskfaktorer i gruppen atypiska antipsykotika

De sammanlagda riskfaktorerna: rökning, BMI, MS kvot, blodtryck, diabetes, lipider inklusive atypiska antipsykotika per preparat är medräknade.

I clozapinegruppen: (9 respondenter) var det 1 respondent som hade 4 riskfaktorer, 1 som hade 2 riskfaktorer, 4 hade 5 riskfaktorer och 3 respondenter hade 6 riskfaktorer.

I Zyprexagruppen: (9 respondenter) 1 respondent hade 2 riskfaktor, 2 hade 3 riskfaktorer, 3 hade 5 riskfaktorer, 2 respondenter hade 6 riskfaktorer och 1 hade 7 riskfaktorer.

I Risperdal gruppen: (4 respondenter) 1 respondent hade 1 riskfaktor, 1 hade 3 riskfaktorer och 2 hade 4 riskfaktorer

I Seroquelgruppen: (2 respondenter) hade båda 5 riskfaktorer.

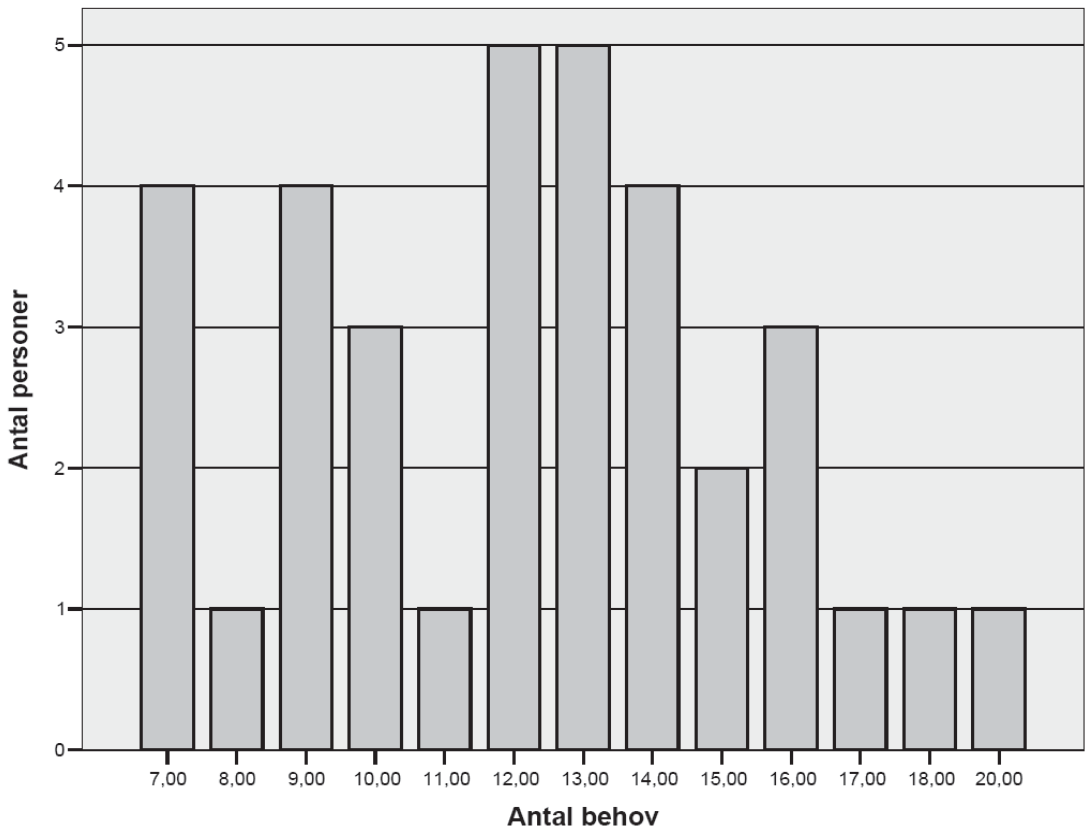


Fig 6 Vårdbehov enligt CANSAS

Antal identifierade vårdbehov varierade mellan sju och 20 av 22 möjliga enligt CANSAS. Det var ingen som hade färre än sju eller fler än 20 vårdbehov. Fem respondenter hade 12 vårdbehov och fem hade 13 vårdbehov. Det fanns ett positivt samband mellan antalet vårdbehov och antalet riskfaktorer för metabolt syndrom. Detta gällde samtliga behov (p-värde= 0,001 vid gammatest) även tillfredsställda behov (p-värde= 0,0005 vid gammatest). Sambandet gällde dock inte antalet otillfredsställda behov (p-värde= 0,158).

Livskvalitet enligt MANSA

Medelvärde av livskvaliteten mätt med MANSA var 3.9 (st. av 0,78) på en 7-gradig skala. Det fanns inga samband mellan antalet riskfaktorer för metabolt syndrom och livskvalitet. Det fanns heller inga skillnader i antalet riskfaktorer mellan dem som rapporterade högre livskvalitet och dem som rapporterade en lägre livskvalitet.

Diskussion

Diskussion av vald metod

Sammanlagt deltog 35 respondenter. Det var 43 tillfrågade som tackade nej från början och två under arbetets gång. För en av respondenterna saknar vi ett labvärde pga. av att provet missades vid provtagningen. Respondenten var inte villig att ta om prover men önskade ändå att delta i studien. För en av respondenterna saknades psykiatrisk diagnos i journalen. Fler personer skulle ha valt att delta i studien om inga blodprover ingått. En del som var intresserade av att medverka i studien avböjde på grund av oviljan att ta blodprover. Vi vet att gruppen som vi valde att studera kan vara svårmotiverad med tanke på deras funktionshinder och symptom. Misstänksamhet, passivitet, ambivalens, bristande intresse och andra symptom som hör till sjukdomen gör det svårt att få ett informerat samtycke.

Det bedömdes som bäst för respondenterna att genomföra blodprovstagningar på respektive vårdcentral enligt rutiner de redan hade. Det hade dock gått snabbare samt även gjort att rätt prover tagits från början, om författarna själva utfört provtagning på samtliga respondenter i samband med datainsamlingen. Nu tog det tid för respondenterna att ta sig till provtagning och ibland togs fel prover eller så blev inga tagna överhuvudtaget. Rekryteringen av deltagare till studien fungerade bäst när författarna själva tog kontakt och informerade. På ett boende tyckte personalen att det var bättre att de informerade och frågade brukarna om de ville delta. Detta resulterade i att endast två av 12 brukare deltog. Det går inte att säga att resultatet blivit annorlunda om författarna tillfrågat brukarna men utfallet blev bättre när det gjordes. Att vi i övrigt valde att personligen träffa alla brukare och tillfråga om deltagande i studien berodde på tidigare erfarenheter där man uppnått ett klen deltagande när förfrågan och information skett via personalen. Detta kan påverka antalet deltagare och flera kanske skulle motiveras till att vara med om forskare personligen kontaktade dem och med personlig entusiasm fick möjligheten att förmedla och motivera nytta av att delta i studien (Forsberg, 2009).

En del frågor i MANSA och CANSAS var svåra för respondenterna att förstå och besvara. Det krävdes en del extra information för att frågorna skulle kunna besvaras. Enligt Björkman, Hansson & Svensson (1995) är CANSAS ett etablerat instrument med bra validitet och reliabilitet men det var inte okomplicerat att använda. MANSA var betydligt enklare att använda och svaren innebar inga tolkningssvårigheter.

När det gäller instrument för metabol kartläggning anpassade vi referensvärden för samtliga värden inklusive labvärdena efter det som landstinget i Södermanland rekommenderar. En reflektion vi gjort är att referensvärdena kan variera beroende på vilket län patienten tillhör. De diagnostiska kriterierna kan skilja sig mellan olika landsting samt även ändras med tiden. Vi har i denna studie hållit oss till de rekommendationer som följs inom Sörmlands landsting. Önskvärt vore att alla referensvärden var nationella så att alla landsting hade samma värden. Som det ser ut idag kan i praktiken innebära att du i ett län kan diagnostiseras för diabetes medan det i ett annat anses ligga inom normala värden.

Diskussion av framtaget resultat

Syftet med studien var att göra en kartläggning av förekomsten av metabolt syndrom.

Sju riskfaktorer identifierades. Hög MS kvot var den riskfaktor som de flesta respondenter hade. Sedan kom de andra riskfaktorer i fallande ordning: högt BMI och atypiska antipsykotika (lika många som BMI), rökning, högt blodtryck, diabetesvärden och lipider. Sammanhanget kan tolkas som att man först utvecklat bukfetma genom viktökning som gav högre M/S kvot och högre BMI. Det kan ha haft samband med behandling med atypiska antipsykotika eller andra orsaker och/eller i kombination. Om man nu också röker försämras prognosen ytterligare med tanke på dess skadliga effekter på blodkärl och blodfetter. Som en konsekvens av alla ovan nämnda riskfaktorer kommer de mätbara förändringar av blodtryck och labvärden vilket överensstämmer med det som kännetecknar det metabola syndromet (Attvall, 2010).

Det var oroväckande att av de 22 respondenterna med högt blodtryck, var det endast sex som hade medicinsk behandling med god effekt. Det betyder att 13 respondenter med högt blodtryck identifierats som antingen var obehandlade eller behandlade med otillräcklig behandlingseffekt och uppföljning. Endast sju av 17 respondenter med höga diabetesvärden hade en känd diabetes och en ordinerad medicinsk behandling. Hur ska vården då göra för att människor inte ska gå med långtgången debuterad diabetes, högt blodtryck och förändringar i lipidstatus innan det leder till utveckling av allvarliga sjukdomar och komplikationer?

Problemen har belysts i ” *Kliniska riktlinjer*” (Svenska psykiatriska föreningen, et al. 2010) och en vägledning för att i tid upptäcka och förebygga metabola förändringar finns beskrivet. Vår förhoppning är att dessa riktlinjer snarast omsätts i praktiken och att alla tar sin del av ansvaret för den här patientgruppen. Forsberg (2009) belyser att psykiatrin endast koncentrerat sig på att behandla psykiska symptom och att helhetssynen saknats. Även Tirupati och Chua (2007) beskriver problemet med att upptäcka följsjukdomar och att påbörja behandling.

Av 35 respondenter var 23 (65,7%) rökare vilket är väsentligt högre än det genomsnittliga antalet rökare i Sörmland där motsvarande procentsiffra 2008 var 12 % (Landstinget Sörmland, 2008). Anledningen till att så många röker kan vara att nikotin lindrar biverkningar av antipsykotisk medicinering vilket finns beskrivet av Lawn & Pols (2003).

Förhöjda diabetesvärden och rökning visade ett signifikant samband (p -värde= 0,024), där de som inte röker i större utsträckning hade förhöjda diabetesvärden. Detta avviker från tidigare forskningsresultat som visat ett motsatt förhållande (Nyström, 2008). Anledningen kan vara att antalet personer i studien är så litet att slumpmässiga samband kan få ett stort genomslag. Det är också en selekterad och utsatt grupp som har väldigt många riskfaktorer för dålig hälsa. Bland annat hade många clozapin som man vanligtvis ger till de sjukaste och mest svårbehandlade patienterna. Majoriteten av respondenterna som tar atypiska antipsykotika har visat sig ha ökat midjeomfång och BMI, vilket kan bero på ökad aptit och viktuppgång. Det är även troligt att icke-rökare tröstäter mer än rökare för att lindra ångest.

Kriteriet för att anses överviktig sattes vid gränsen mellan normal vikt och övervikt vilket innebär att de som endast har lite övervikt kom med i samma grupp som de med fetma. Skälet till detta var att även dem som ligger i riskzonen att utveckla fetma skulle inkluderas. I undersökningsgruppen hade 24 respondenter, 68,6 % ett BMI över 25 vilket är högre än genomsnittet för Sörmland i övrigt där siffran ligger på 53 % (Landstinget Sörmland, 2008).

De atypiska läkemedlen har i flera studier visat ett samband med metabol instabilitet och viktuppgång vilket kan leda till hjärt- och kärlsjukdomar. Dessa oönskade effekter diskuteras och poängteras av både Svenska psykiatriska föreningen (2010) och Usher, Foster och Park (2006). Frågan är dock vilka alternativ som finns då preparaten ofta är synnerligen effektiva antipsykotiska medel. Till exempel är clozapine ofta ett läkemedel som används med goda resultat när ingenting annat har effekt. Om patienten svarat bra på en behandling ska man kanske inte riskera försämring i psykos genom att byta preparat. Då måste man istället koncentrera sig på att försöka ändra levnadsvanorna i övrigt. I studien hade en större andel av patienterna med förhöjt MS kvot atypiska läkemedel.

Generellt fanns en överrepresentation av riskfaktorer i gruppen som behandlades med atypiska läkemedel även om skillnaden inte riktigt nådde statistisk signifikans. Resultatet är dock svårtolkat då en majoritet av patientgruppen behandlades med atypiska antipsykotika och samtidigt uppvisade en rad riskfaktorer.

Det fanns ett signifikant samband mellan antalet riskfaktorer för metabolt syndrom och antalet vårdbehov. Detta kan tolkas som att respondenter med mer uttalade symptom och funktionshinder är mer beroende av vården och mindre självständiga. De behandlas då ofta med just de mediciner som ger bäst effekt på psykotiska symptom, men har en negativ inverkan på det metabola systemet i kroppen. Det förekommer dock individuella skillnader. Det var inte alla som behandlades med dessa läkemedel som hade hög risk för metabolt syndrom. Om det beror på genetiskt arv, livsstil eller andra faktorer kunde vi inte ta reda på i denna studie. Studien visade att även om patientgruppen är mycket hjälpbehövande så verkar stödsystemet fungera tämligen väl då en majoritet av vårdbehoven skattades som tillfredsställda.

Álvarez, et al. (2010) menar att man i studier med fokus på läkemedel och kliniska symptom även bör undersöka livskvalitet och fysisk hälsa. Utifrån antagandet att ju svårare den psykiska sjukdomen är och desto mer medicinsk behandling som behöver sättas in som i sin tur påverkar metabola faktorer ju mer skulle andra livsområden påverkas och i sin tur påverka livskvaliteten. Resultatet i studien kan inte verifiera detta. Respondenternas upplevda livskvalitet visade inga samband med riskfaktorer för metabolt syndrom.

Respondenterna bedömde sin livskvalitet som ungefär ett svagt ”både och”, ($m=3,9$). Med andra ord mellan missnöjd och nöjd. De var inte speciellt tillfredsställda med sin livskvalitet men inte helt missnöjda heller.

Ett viktigt fynd i studien var att flera hade högt blodtryck och höga diabetesvärden som inte var utredda eller behandlade. Även de som hade medicinering hade uppenbarligen otillräcklig effekt av denna. Detta är problem som belysts av Tiparu och Chua (2007) där de påpekar att metabola sjukdomar antingen inte upptäcks hos personer med schizofreni eller så följs de inte upp ordentligt. Att detta blir så tydligt i en liten studie som denna visar att somatiska hälsoproblem bland psykiatrins patienter är något som måste uppmärksammas. Det måste skapas rutiner för att bekämpa den stora överdödlighet i kroppslig sjukdom, vilket inte minst är en utmaning för kommunala psykiatriska verksamheter. I studien hade alla respondenter minst en riskfaktor för metabolt syndrom och de flesta ganska många. Detta måste värderas mot forskning som visar att människor med schizofreni har en hög sjuklighet och dödlighet och att den vanligaste dödsorsaken är kardiovaskulära följsjukdomar. Deras liv är i genomsnitt 10 till 20 år kortare jämfört med befolkningen i övrigt (Laraia & Stuart, 2009).

Konklusion

Det finns en betydande förekomst av metabola störningar bland patienterna inom socialpsykiatri i Eskilstuna kommun. En betydande del av dem som ingick i studien har otillräcklig eller ingen behandling för sina tillstånd. Det är rimligt att anta att patientundervisning i metabolt syndrom och förebyggande arbete skulle kunna leda till bättre handläggning av metabola förändringar. Att erbjuda hälsobefrämjande åtgärder, både förebyggande och behandlande, skulle kunna leda till minskad samsjuklighet och dödlighet i psykisk sjukdom och metabolt syndrom, vilket i sig skulle kunna minska vårdbehoven. En ny funktion inom psykiatri bör utkristalliseras i form av en kardiometabol psykiatrisjuksköterska.

Fortsatt forskning

Författarna tycker att det vore intressant att efter denna kartläggning (screening) göra en implementering av rekommenderade behandlingsformer för att sedan kunna utvärdera effekten. Vi har inte tagit reda på hur fysisk aktivitet och kosthållning ser ut hos deltagarna. Detta kan vara förslag på kommande, fortsatt arbete kring bedömningen av riskfaktorer och bedömning av vilka åtgärder som behöver tillämpas. Önskvärt skulle vara att bilda en tvärprofessionell arbetsgrupp och arbeta utifrån rekommendationer i Kliniska riktlinjer i ett för ändamålet sammansatt samverkansforum.

Referenser

- Adolfsson, R & Nordin, A., (2008). Riktlinjer för Metabol screening i Psykiatrisk sjukvård (elektronisk referens) Hämtat 17 april 2011 från: http://psykiatri.se/riktlinjer/Metabolariktlinjer2009_Psykiatri.pdf Institutionen för klinisk vetenskap, enheten för psykiatri, Umeå universitet
- Al-pert, J-E., Baldessarini, R-J., Bhuvanewar, & C-G., Harsh, V-L. (2009). Adverse Endocrine and Metabolic Effects of Psychotropic Drugs. *CNS Drugs* 2009; 23(12): 1X3-1021
- Álvarez-Jiménez, M., Crespo-Facorro. B., González-Blanch, C., Martínez-García, O., Pérez-Iglesias, R., Pérez-Pardal, T., Ramírez-Bonilla, M. L. and Vázquez-Barquero, J. L. (2006). Attenuation of Antipsychotic-Induced Weight Gain with Early Behavioral Intervention in Drug-Naive First-Episode Psychosis Patients: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1253-1260
- Álvarez-Jiménez, M., Crespo-Facorro. B., Martínez-García, O., Pérez-Iglesias, R., Ramírez, M. L. and Vázquez-Barquero, J. L. (2010). Prevention of antipsychotic-induced weight gain with early behavioural intervention in first-episode psychosis: 2-year results of a randomized controlled trial. *Schizophrenia Research* 116, (1), 16-19
- Attvall, S., (2010), Metabola syndrom, (elektronisk referens) Hämtad 17 april 2011 från: http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=293 Diabetescentrum, Sahlgrenska universitetssjukhus
- Björkman, T., Hansson, L. & Svensson, B. (1995). The assessment of needs in psychiatric Patients. Interrater reliability of the Swedish version of the Camberwell Assessment of Needs instrument and results from a cross-sectional Study *Acta Psychiatr Scand* 92, 285-293.
- Björkman, T. & Svensson, B. (2005). Quality of life in people with severe mental illness. Reliability and validity of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA), *Nordic Journal of Psychiatry*, 59 (4), 302-306
- Brunero, S., Fairbrother, G. & Lamont, S. (2009). Prevalence and Predictors of Metabolic Syndrome Among Patients Attending an Outpatient Clozapine Clinic in Australia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23 ,(3), 261–268

- Brunero, S. & Lamont, S. (2009). Systematic screening for metabolic syndrome in consumers with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, (2), 144-150
- Cullberg, J. (2005); *Psykosser*. Stockholm: Natur och Kultur
- Deckx, S., De Hert, M., Knapen, J., Maurissen, K., Peuskens, J., Probst, M., Vancampfort, D., van Winkel, R., (2010). Considering a frame of reference for physical activity research related to the cardiometabolic risk profile in schizophrenia. *Psychiatry Research* 177, 271–279
- Edward, KL., Rasmussen, B. & Munro, I. (2010) Nursing care of clients treated with atypical antipsychotics who have a risk of developing metabolic instability and/or type 2 diabetes. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24, (1), 46-53
- Eggeby, E. & Söderberg, J. (1999) *Kvantitativa metoder*. Lund, Studentlitteratur
- Ericsson, B.G. (2007), Camberwells Behovskattning Standard 1.0 - Kort (CANSAS). (2007). (elektronisk referens) Hämtad 20 juni, 2010, från http://www.socialpsykiatri.se/images/stories/CANSAS-Rehab_Halland.pdf
- Evans, Sh., Huxley, P., Knight, S. and Priebe, S. (svensk översättning Hansson 2002). Manchester Livskvalitetsskala (MANSA), (elektronisk referens) Hämtad 20 juni, 2010, från: <http://www.socialpsykiatri.se/images/stories/MANSA-Rehab-Halland.pdf>
- Forsberg, K-A., (2009) Att främja förändrad livsstil bland personer med psykisk funktionshinder (Elektronisk version). Hämtad 20 juni, 2010, från permanent länk <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:umu:diva-25947> Umeå universitet digitala biblioteket
- Jones, M. & Jones, A. (2008). The effect of antipsychotic medication on metabolic syndrome. *Nurse Standard*, 22, (48), 43-48
- Klam, J., McLay, M. & Grabke, D. (2006). Personal empowerment program: addressing health concerns in people with schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nurs and Mental Health Services*, 44, (8), 20-28
- Landstinget Sörmland (2008). Liv & hälsa (elektronisk referens) Hämtad 6 mars, 2011, från <http://www.landstingetsörmland.se/PageFiles/1333/Rapport%20Liv%20och%20h%c3%a4lsa%202008.pdf>

- Laraia T. & Stuart G W (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. St Louis: Mosby
- Lawn, S. & Pols, R. (2003). Nicotine Withdrawal: pathway to aggression and assault in the locked psychiatric ward? *Australasian Psychiatry*, 2, (11), 199-203.
- Nyström, F., (2008). *Hypertoni och metabola syndromet*. Lund, Studentlitteratur
- Ottosson, J-O. (2008); *Psykiatri*. Stockholm: Liber.
- Rege, S (2008). Antipsychotic induced weight gain in schizophrenia: mechanisms and Management. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 369-381.
- Socialstyrelsen. (2008). Diabetesriktlinjer: Ökad risk för typ 2-diabetes (elektronisk referens) Hämtad 12 februari, 2011, från <http://www.socialstyrelsen.se/nationellriktlinjerfordiabetesvarden/sokiriktlinje/na/typ1-diabetes>
- Svenska psykiatriska föreningen, Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, Svensk Förening för allmänmedicin. Svensk förening för diabetologi, Svensk intermedicinsk förening, Svenska cardiologföreningen och Svensk förening för obesitasforskning. (2010). Kliniska riktlinjer- Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk störning. (elektronisk referens) Hämtad 20 juni, 2010, från <http://www.svenskpsykiatri.se/documents/2010/metabolrisk.pdf>
- Tirupati, S., & Chua, L-E., (2007). Obesity and metabolic syndrome in a psychiatric rehabilitation service. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, (7), 606-610
- Usher, K., Foster, K., & Park, T. (2006). The metabolic syndrome and schizophrenia: the latest evidence and nursing guidelines for management. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 730-73



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och
samhälle

Till ansvarig verksamhetschef för

Socialpsykiatri i Eskilstuna kommun, Psykiatriska kliniken på MSE och Primärvården i Eskilstuna

Förfrågan om godkännande av studien ”Samsjuklighet – Riskfaktorer för metabolt syndrom vid psykisk sjukdom”

Syftet med studien är att kartlägga förekomsten av metabolt syndrom bland psykiskt sjuka i särskilda boende inom socialpsykiatri i Eskilstuna. Metabola sjukdomar hos psykiskt sjuka som behandlas med antipsykotiska läkemedel ökar. Tidig behandling av metabola sjukdomar kan bidra till ökad livskvalitet, bättre hälsa och lägre kostnader för vården. Därför anser vi att det är viktigt att veta hur många som ligger i riskzonen så att man kan finna rutiner för att kunna förebygga samt behandla i god tid. Vi vill även undersöka hur brukarna bedömer sin livskvalitet och sina vårdbehov.

Vi kommer att genomföra en kvantitativ tvärsnittsstudie där ett antal frågeformulär kommer att användas. För att undersöka riskerna för att utveckla metabolt syndrom kommer en anpassad och förkortad version av ”Riktlinjer för Metabol screening i psykiatrisk sjukvård- Ett underlag för utredning och uppföljning av metabola riskfaktorer vid behandling av antipsykotiska och stämningsstabiliserande läkemedel” att användas.

Livskvalitet bedöms med hjälp av Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). Vårdbehov kommer att bedömas med Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS). Både MANSA och CANSAS är internationellt erkända instrument som översatts och testats för svenska förhållanden

Vi kommer att tillfråga alla personer/brukare (ca 100 personer) som bor i särskilt boende inom socialpsykiatri i Eskilstuna kommun. Gruppen som undersöks kan då tämligen väl representera brukare inom särskilda boenden inom socialpsykiatri i Eskilstuna kommun. Personer som, på grund av kognitiva brister eller svår brist på kommunikationsförmåga, saknar förmåga att besvara frågeformulären kommer att exkluderas.

Vi kommer själva att informera undersökningspersonerna och de kommer att få ge ett skriftligt informerat samtycke där det tydligt framgår att det är frivilligt att delta. Undersökningspersonerna

kommer att få veta att de när som helst kan avbryta sin medverkan i studien utan att ge en anledning till det och utan att det påverkar den pågående vården. Svaren vi får kommer att kodas för att inte kunna kopplas till någon specifik person. Vi kommer även att förvara frågeformulären så att ingen utomstående kan ta del av dem. Konfidentialitet tillgodoses även genom att alla resultaten redovisas på gruppnivå. Inga uppgifter kommer att kunna härledas till en specifik individ.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs. Studien ingår som ett examensarbete på magister nivå i Specialistsjuksköterskeutbildning inom psykiatrisk vård.

Om Du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Alma Shafiee
Sedelvägen 3
633 62 Eskilstuna
070-6987470
sps09ash@student.lu.se

Karolina Liljeholm
Vårgårdesgatan 14B
47 Eskilstuna
070-3787472
sps09kli@student.lu.se

Handledare namn: Bengt Svensson
6 Docent, Universitetslektor
Institutionen för hälsa, vård och
samhälle, Lunds Universitet
CEPI:Centrum för Evidensbaserade
Psykosociala Insatser
Box 157
221 00 Lund
046/222 1849
Bengt.Svensson@med.lu.se

Bilagor

1. Samtyckesblankett

2. Projektplan

Blankett för godkännande

Titel på studien Samsjuklighet – Riskfaktorer för metabolt syndrom vid psykisk sjukdom”

Er anhållan

- Medgives
- Medgives ej

Ort Datum

Underskrift

Namn



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Bilaga 2 (5)

Information till undersökningsperson

Förfrågan om deltagandet i studien ”Samsjuklighet”

Riskfaktorer för metabolt syndrom vid psykisk sjukdom

Du tillfrågas härmed om deltagande i ovanstående studie.

Personer med psykisk sjukdom har en viss ökad risk för att drabbas av kroppslig sjukdom. Ovanstående studies syfte är att identifiera förekomst av metabolt syndrom vilket betyder sjukdomar som fetma, diabetes, insulinresistens, förhöjt blodtryck och puls, hjärt- och kärlsjukdomar. Då det ofta finns effektiv behandling mot dessa sjukdomar är det viktigt att de upptäcks.

Alla som bor i särskilt boende inom socialpsykiatri i Eskilstuna tillfrågas om att delta i denna studie. Ditt deltagande innebär att du får besvara ett antal frågor om vilka sjukdomar du vet att du har. Vi kommer att mäta din längd och vikt samt bukomfång och stussomfång. Vidare kommer vi att mäta ditt blodtryck och din puls. I samband med detta kommer vi även att ställa frågor kring din livssituation och om vilken hjälp du tycker att du behöver. Vi behöver även ditt godkännande för att få hämta uppgifter om din hälsa och dina mediciner från journaler som finns inom andra delar av sjukvården. Själva undersökningen tar ungefär 45 minuter.

Om Du accepterar att delta i vår studie ber vi dig om ett skriftligt medgivande. Vi kommer senare att boka en tid med dig. Ditt deltagande är helt frivilligt och du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för din behandling.

Dina svar och andra uppgifter kommer att förvaras så att inte någon obehörig får tillgång till dem. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att du inte kan identifieras. Konfidentialitet/sekretess garanteras.

Studien ingår som ett examensarbete på magisternivå i Specialistsjuksköterskeutbildning i psykiatrisk vård.

Om Du vill veta mer om vår studie så ring eller skriv gärna till oss, eller till vår handledare
Med vänlig hälsning

Alma Shafiee
Sedelvägen 3
633 62 Eskilstuna
070-6987470
sps09ash@student.lu.se

Karolina Liljeholm
Vårgärdesgatan 14B
633 47 Eskilstuna
070-3787472
sps09kli@student.lu.se

Handledare namn: Bengt Svensson
Docent, Universitetslektor
Institutionen för hälsa, vård och
samhälle, Lunds Universitet
CEPI: Centrum för Evidensbaserad
Psykosociala Insatser
Box 157 221 00 Lund
046/222 1849
Bengt.Svensson@med.lu.se

Screening för riskfaktorer för metabolt syndrom vid psykisk sjukdom (1)

Personkod	<input type="text"/>
Ålder	<input type="text"/>
Månad/år	<input type="text"/>

<u>Psykiatrisk diagnos</u>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<u>Diabetes och kardiovaskulär sjukdom</u>	Ja	Nej	Vet ej/har behandling
Diabetes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hypertoni	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Blodfetter	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kärlkramp	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hjärtinfarkt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stroke	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Annan hjärt-kärl sjukdom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rökning	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Screening för riskfaktorer för metabolt syndrom vid psykisk sjukdom (2)

Personkod	
Ålder	
Månad/år	

<u>Metabola parametrar</u>	Värde	Patologiska gränsvärde	Kommentarer
Vikt		-	Vikt: Räkna bort uppskattad klädvikt (ca 1-2 kg).
Längd		-	Längd: Mät längden utan skor.
BMI		25 och högre	BMI beräknas enligt följande: vikt/längd (meter) i kvadrat
Midja		88 cm och mer för kvinnor 102 cm och mer för män	Midja - Mäts mellan höftkammen och nedre revbensbågen.
Stuss		-	Stuss - Mäts över stussens bredaste del
Midja/stusskvot		0,85 och högre för kvinnor 0,90 och högre för män	
Blodtryck		135/85 mmHg och högre	Blodtryck: Låt patienten vila i sittande ställning under 5 minuter. Blodtrycket tas två gånger med 5 minuters intervall i sittande ställning. Notera det genomsnittliga värdet. Ex. Bltr1: 160/90, Bltr2: 150/80 ger snittvärde: 155/85
Puls		90 slag/min och högre	Puls: Låt patienten vila i sittande ställning under 5 minuter. Pulsen ska tas två gånger med 5 minuters intervall i sittande ställning. Notera det genomsnittliga värdet.

Total kolesterol		18-30 år 2,9-6,1 mmol/l 31-50 år 3.3-6,9 mmol/l >50 år 3,9-7,8 mmol/l	Fasteprov: Ingen mat efter 20.00 och ingen dryck efter 24.00 kvällen innan provtagning. På provdagen ingen morgonmedicin före prov.
HDL		2,8 och högre för kvinnor (ref. 1,0-2,7) 2,2 och högre för män (ref. 0,80 - 2,1)	
Triglycerider		2,6 mmol/l och högre (ref. 0,45 - 2,6)	
LDL		4,7 mmol/l och högre 18-30 år 1,2-4,3 mmol/l 31-50 år 1,4-4,7 mmol/l >50 år 2,0-5,3 mmol/l	
HbA1c		42 mmol/mol och högre (ref. 27 – 42) >50 år 31-46	
f-glukos		6,1 mmol/l och högre (ref. <6,1)	
f-insulin		25 mU/l och högre (ref. < 25)	

Screening för riskfaktorer för metabolt syndrom vid psykisk sjukdom (3)

Personkod	<input type="text"/>
Ålder	<input type="text"/>
Månad/år	<input type="text"/>

Läkemedelsöversikt

Antipsykotika/Neuroleptika	Ja	Nej
preparat	<input type="text"/>	Dos styrka

Stämningsstabiliserande	Ja	Nej
preparat	<input type="text"/>	Dos styrka

Antidepressiva	Ja	Nej
preparat	<input type="text"/>	Dos styrka

Hypnotika, sedativa	Ja	Nej
preparat	<input type="text"/>	Dos styrka

Centralstimulantia	Ja	Nej
preparat	<input type="text"/>	Dos styrka

Övrig psykofarmaka		Ja	Nej
preparat		Dos	styrka

Notera samtliga psykiatriska och somatiska mediciner, aktuell styrka och dos samt fördelningen över dygnet t ex. 1+0+0+1.

Notera hälsokostpreparat och vid behovsmedicin. Notera även om patienten inte medicinerar genom att markera nej i respektive läkemedelsfält.

Manchester Livskvalitetsskala

(MANSA)

Klientnummer: Datum:

Baseline []

Alla frågor skall ställas varje gång formuläret används.

1 Hur tillfredsställd är du i dag med ditt liv som helhet?*

2 Hur tillfredsställd är du med ditt arbete (eller skyddade arbete, arbetsträning/utbildning som din huvudsakliga sysselsättning)?*

eller om du är arbetslös eller pensionerad

Hur tillfredsställd är du med att vara arbetslös/pensionerad

3 Hur tillfredsställd är du med din ekonomiska situation?*

4 Har du någon som du skulle vilja kalla "en nära vän"? 1=JA, 2=NEJ

5 Har du träffat någon vän den senaste veckan?

(besökt en vän, fått besök av en vän, eller träffat en vän utanför ditt hem eller arbete

1=JA 2=NEJ

6 Hur tillfredsställd är du med antalet och kvaliteten på dina vänner?*

7 Hur tillfredsställd är du med dina fritidsaktiviteter?*

8 Hur tillfredsställd är du med ditt boende?*

9 Har du under det senaste året anlagats för något brott? 1=JA, 2=NEJ

10 Har du under det senaste året varit utsatt för fysiskt våld? 1=JA, 2=NEJ

11 Hur tillfredsställd är du med din personliga säkerhet?*

12 Hur tillfredsställd är du med de människor du bor med?*

eller om du bor ensam

Hur tillfredsställd är du med att bo ensam?*

13 Hur tillfredsställd är du med ditt sexliv?*

14 Hur tillfredsställd är du med din relation till din familj?*

15 Hur tillfredsställd är du med din fysiska hälsa?*

16 Hur tillfredsställd är du med din psykiska hälsa?*

1 Kunde inte vara värre 4 Både och 7 Kunde inte vara bättre

2 Missnöjd 5 För det mesta nöjd

3 För det mesta missnöjd 6 Nöjd

CANS1.1 -KV Camberwells Behovsskattning Standard 1.0 - Kort Version © Copyright Sverige Bo G. Ericson 2007-09-21

CANSAS

Camberwell Assessment of Need Short Assessment

Klientnummer: Datum:

Baseline []

0 = inga problem

1 = inga/måttliga problem tack vare pågående insatser/behandling

2 = allvarliga problem – otillfredsställda behov av vården

9 = ej känt

1. Bostad

Har personen några problem med sin aktuella bostad?.....

2. Föda

Har personen svårigheter med att handla och att tillaga mat?.....

3. Hemmets skötsel

Har personen svårigheter att sköta sitt hem?.....

4. Hygien

Har personen svårigheter att sköta sin hygien?

5. Daglig sysselsättning

Har personen svårigheter med regelbunden och lämplig daglig sysselsättning?

6. Fysisk hälsa

Har personen något fysiskt handikapp eller någon kroppslig sjukdom? Värk?

7. Psykotiska symtom

Har personen psykotiska symtom som halluc., tankestörning, vanförest. eller passivitet?

8. Information om hälsotillstånd och behandling

Har personen fått tydlig information muntligt el. skriftligt om hälsotillstånd och behandling?

9. Emotionella besvär, ängslan, depression

Har personen för närvarande psykologiska besvär?.....

10. Egen säkerhet

Är personen en fara för sig själv?

11. Andras säkerhet

Är personen en aktuell eller tänkbar risk för andra personers säkerhet?

12. Alkohol

Dricker personen omåttligt eller har problem med att kontrollera sitt drickande?

13. Droger/Mediciner

Har personen problem med mediciner eller droger?

14. Sociala kontakter

Behöver personen hjälp med sociala kontakter?.....

15. Nära relationer

Har personen svårigheter med att skaffa en partner eller att fortsätta ett nära förhållande?

16. Sexuell funktion

Har personen sexuella problem?.....

17. Barnomvårdnad/Barnomsorg

Har personen svårigheter med att ta hand om sina barn?

18. Grundläggande skolfärdigheter

Saknar personen grundläggande färdigheter i att läsa, skriva och räkna?

19. Telefon

Har personen svårigheter med att få tillgång till - eller kunna använda telefon?

20. Transport

Har personen svårigheter med att använda allmänna transportmedel?

21. Ekonomi

Har personen problem med att sköta sin ekonomi?

22. Sociala förmåner / Bidrag

Får personen med säkerhet alla bidrag som han/hon är berättigad till?

Rapporter utgivna av FoU i Sörmland

Rapport 2006:1

Förbättrat stöd för personer med demens i eget boende

– utvärdering av utbildningsprogram för hemtjänsten i Flens kommun.

Författare: Sofia Kialt

Rapport 2006:2

En modell för regelbunden uppföljning av äldres läkemedelsbehandling

Symtomskattning och läkemedelsgenomgångar på distans

– ett pilotprojekt vid Björntorps äldreboende och demensboende i Oxelösund.

Författare: Ingrid Schmidt

Rapport 2006:3

Dagverksamhet för demenssjuka i Vingåkers kommun.

Författare: Sara Ohlsson

Rapport 2007:1

Uppsökande verksamhet bland äldre i Eskilstuna och Strängnäs.

En projektbeskrivning.

Författare: Lisbeth Dahlberg, Eva Johansson, Anna-Maarit Tirkkonen

Rapport 2007:2

Sjukgymnasters syn på smärtproblematik hos äldre inom kommunal äldreomsorg.

En enkätstudie.

Författare: Sara Gustafsson

Rapport 2007:3

Specifik omvårdnad för personer med beteendestörningar och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)

– en utvärdering av ett tvåårigt utvecklingsprojekt.

Författare: Siw Hansson

Rapport 2008:1

Gå utbildning är en sak, men vad händer sedan i den praktiska yrkesvardagen?

Vårdpersonalens uppfattning av lärandet och tillämpning av kunskaper efter fortbildning

Författare: Annika Sjöberg

Rapport 2008:2

Sjuksköterskans autonoma legitimeringsgrundande funktion utifrån aspekten att ansvara för omvårdnaden

– en beskrivning av hur sjuksköterskor på särskilda boenden uppfattar den.

Författare: Eija Göransson

Projektredovisningar utgivna av FoU i Sörmland

Projektredovisning 2006:1

Utveckling av särskilt boende för äldre personer med specifik problematik i sin demenssjukdom.

Beteendestörningar och Psykiska Symtom vid Demenssjukdomar BPSD.

Författare: Siw Hansson, Lena Nordin

Projektredovisning 2006:2

Fallpreventivt arbete inom särskilt boende i Eskilstuna.

Utveckling av en modell.

Författare: Åsa Eriksson

Projektredovisning 2006:3

Social dokumentation.

Redovisning av ett utvecklingsprojekt i Vingåker.

Författare: Lisbeth Dahlqvist, Rose-Marie Larsson

Projektredovisning 2006:4

Kultur i vården. Redovisning av ett utvecklingsarbete inom utvecklad hemtjänst.

Författare: Monica Nordrup

Projektredovisning 2007:1

Taktil Stimulans – Beröring som lugnar.

Redovisning av ett utvecklingsarbete i Torshälla.

Författare: Annika Magnusson

FoU i Sörmland

FoU i Sörmland är en verksamhet som drivs av kommunerna och landstinget i Sörmland genom Regionförbundet Sörmland. Vi vill stödja och stimulera anställda att ta initiativ till olika former av forsknings- och utvecklingsarbeten. FoU i Sörmland vill särskilt uppmuntra till forsknings- och utvecklingsarbeten som handlar om samverkan mellan huvudmän och personalgrupper, om kvalitetsfrågor och om inflytande i vården och omsorgen för äldre och vuxna med funktionsnedsättning.

FoU i Sörmland arbetar utifrån verksamhetsidén med en fyrdelad FoU-strategi:

- Att skapa möjligheter för olika former av kunskaps- och erfarenhetsutbyte
- Att tillhandahålla handledning och ge metodstöd
- Att ge ekonomiskt stöd till forsknings- och utvecklingsarbeten
- Att ta initiativ till länsgemensamma FoU-projekt
- Att anordna kurser och konferenser



FoU i Sörmland
Drottninggatan 16 B, bv
632 20 Eskilstuna
Telefon: 016-541 40 30
e-post: info@fou.sormland.se