

BSYBAC_6

Bacheloroppgave i Sykepleie

Livsstilsintervensjoner hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser, for økning av livskvalitet



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 24/10/22]

Jeg/Vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag	Universitetet i Stavanger Dato: 24.10.2022
Oppgavetittel/Overskrift: Livsstilsintervensjoner hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser, for økning av livskvalitet	
<p>Bakgrunn: Alvorlig psykisk syke personer har en redusert forventet levealder mellom 5 og 15 år kortere sammenlignet med resten av populasjonen. Ved å øke fokus på livsstilsendringer og forebygge somatiske lidelser gjennom livsstilsintervensjoner kan helsepersonell bidra til å hindre en negativ utvikling av den somatiske helsen i psykiatrien.</p> <p>Hensikt: Oppgavens hensikt er å se hvorvidt livsstilsintervensjoner kan gi økt livskvalitet og livsstilsendring hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser.</p> <p>Metode: Oppgaven er en litteraturstudie gjort med integrativ litteraturoversikt etter Fribergs metode. Oppgaven har benyttet fem forskningsartikler, fire kvantitative og en kvalitativ.</p> <p>Resultat: Resultatene viser at livsstilsintervensjoner har effekt i forebygging av somatiske komplikasjoner. Det har blitt vist forbedringer i fysiske, psykiske, sosial og miljørelaterte forhold hos pasienten som har gjennomgått intervensjoner. Tid under intervensjon/oppfølging og stabilisering av lidelsene har vist seg som sentrale for å oppnå denne effekten.</p> <p>Nøkkelord: alvorlig psykisk lidende, livskvalitet, livsstil, intervensjoner, forebygging, motivasjon, psykiatri, somatisk helse, helsepersonell.</p>	

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	4
1.1. Bakgrunn for valg av tema.....	4
1.2. Oppgavens hensikt.....	4
1.3. Begrepsavklaringer.....	5
1.3.1. <i>Alvorlige psykiske lidelser</i>	5
1.3.2. <i>Livsstilsendringer</i>	6
1.3.3. <i>Livskvalitet</i>	6
1.3.4. <i>Metabolsk syndrom</i>	6
2. TEORETISK REFERANSERAMME	6
2.1. Helsefremmende arbeid	7
2.2. Helse som et mål	7
2.3. Virginia Hendersons pleieteori.....	7
2.4. Sykepleier i psykiatrien	8
3. METODE	9
3.1. Hva er metode?.....	9
3.2. Valg av metode.....	9
3.3. Start av søkeprosessen.....	9
3.4. Valg av databaser.....	10
3.5. Valg av søkeord	10
3.6. Valg av artikler	11
3.7. Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
3.8. Analyse av vitenskapelige artikler.....	14
4. RESULTAT	14
4.1. En kort oppsummering av kategoriene.....	15
4.2. Intervensjoner	15
4.2.1. <i>Effekt</i>	16
4.2.2. <i>Utfordringer</i>	16
4.3. Livsstil	17
4.3.1. <i>Aktivitet og hvile</i>	17
4.3.2. <i>Kosthold</i>	18
4.3.3. <i>Rusbruk og røykeslutt</i>	19
4.4. Livskvalitet.....	19
4.4.1. <i>Opplevd livskvalitet</i>	20
4.4.2. <i>Psykisk livskvalitet</i>	20

4.4.3.	<i>Fysisk livskvalitet</i>	20
4.4.4.	<i>Sosial livskvalitet</i>	21
4.4.5.	<i>Miljø livskvalitet</i>	21
5.	DISKUSJON	22
5.1.	Metodediskusjon.....	22
5.1.1.	<i>Svake og sterke sider ved anvendt metode</i>	22
5.1.2.	<i>Litteratursøk</i>	23
5.1.3.	<i>Bibliotekar</i>	23
5.1.4.	<i>Valg av databaser</i>	24
5.1.5.	<i>Valg av søkeord</i>	24
5.1.6.	<i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	24
5.1.7.	<i>Datainnsamling</i>	25
5.2.	Etiske hensyn.....	25
5.3.	Resultatdiskusjon.....	26
5.3.1.	<i>Opplevd livskvalitet</i>	26
5.3.2.	<i>Somatisk helse</i>	26
5.3.4.	<i>Individuelt fokus</i>	27
5.3.5.	<i>Røykeslutt og rusmidler</i>	27
5.3.6.	<i>Observerte utfordringer</i>	28
5.3.7.	<i>Alvorlig psykisk lidende i møte med behandling</i>	29
6.	RESULTATENES IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS	29
7.	KONKLUSJON	30
8.	LITTERATURLISTE	31
9.	VEDLEGG	

1. INNLEDNING

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Vi oppfatter begge at sykepleiepensum ikke gjenspeiler forholdene av somatiske og psykiske lidelser i samfunnet, og at sykepleierket har et skjevfordelt fokus mot somatisk helse. Vi jobber begge også innen psykisk helsevern for voksne ved siden av studiet, og har en interesse for psykisk helsearbeid og psykiatrien.

Mennesker med psykiske lidelser, særlig kronisk syke; altså langtids psykisk syke, har en betraktelig redusert forventet levealder sammenlignet med resten av populasjonen (Tesli et al., 2014). Psykiske lidelser som faller inn under kategorien alvorlige er flere, men i forskningen vi har analysert er det de følgende diagnosene som benyttes: psykoselidelser, schizofreni, bipolare lidelser, affektive, alvorlige spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser. Forskning viser at mennesker med disse psykiske lidelsene, ofte samtidig er belastet av somatiske komplikasjoner eller er i risikozonen for utvikling de følgende helseutfordringer: høyt blodtrykk, overvekt, diabetes type to, høyt HDL-kolesterol, lav LDL-kolesterol, og metabolsk syndrom (Norsk Helseinformatikk, 2021). Disse komplikasjonene kan være resultat av blant annet; livsstilsvalg, redusert evne til å ivareta fysiologiske behov, bivirkninger av legemidler, dårlig kosthold, sedentær livsstil, røyking, alkohol, og annen øvrig rusbruk.

1.2. Oppgavens hensikt

Opgavens hensikt er å se hvorvidt livsstilsintervensjoner kan gi økt livskvalitet og livsstilsendring hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser.

Nyere forskning indikerer at alvorlig psykisk syke har en kraftig redusert levealder sammenlignet med det øvrige samfunnet. Folkehelseinstituttet oppgir denne reduserte levealderen til å ligge mellom 5-15 år (Tesli et al., 2014). Psykiske lidelser er en bred kategori; fra lettere tilstander, som gir mest

subjektive plager, til alvorlige lidelser som i tillegg er forbundet med uførhet, fysiske sykdommer og redusert forventet levealder (Tesli et al., 2014).

Under norsk lov er staten påkrevd å yte nødvendig helsehjelp til alle som befinner seg i Norge ("Helse- og omsorgstjenesteloven," 2011, §3-1). Dette omfavner både somatisk og psykisk helsehjelp. Pasienter som er innlagt og mottar hjelp for deres psykiske helse, er ikke utelukkende en psykiatrispasient, men har lik rett til å få hjelp til ivaretagelse og styrking av deres somatiske helse.

Psykisk helse og somatisk helse styrker og bidrar til tilfriskning sammen. For å kunne hjelpe mennesker mestre hverdagen tross sine lidelser er en viktig del av sykepleiers rolle det å hjelpe pasienter ta gode livsstilsvalg som fremmer god helse, styrker kropp og psykiske helse mot påkjenninger (Kristoffersen et al., 2016c, s. 43). Med dette legger vi da vekt på aktivisering, godt kosthold, sosiale aktiviteter, trygge omgivelser, og begrensning av rusbruk. Denne jobben vil være svært viktig ikke bare for den enkelte pasient, men som tiltak for forbedret folkehelse.

For å gi psykiatrispasienter et bedre grunnlag for å bli psykisk frisk, er det viktig at både deres fysiske helse og somatiske lidelser blir dekket av helsevesenet selv om dette kan være svært utfordrende. Ny kunnskap kan gi sykepleier og annet helsepersonell gode verktøy for å iverksette og utarbeide gode planer i samarbeid med pasient og utenforliggende ressurser som pårørende, kommunehelsetjenester, eller andre tilbud og ressurser i nærhet av eller hos pasienten; eller med ansvar for pasienten.

1.3. Begrepsavklaringer

1.3.1. Alvorlige psykiske lidelser

Når vi i oppgaven omtaler på alvorlige psykiske lidelser mener vi schizoaffektive, psykoselidelser, affektive lidelser, og personlighetsforstyrrelser kategorisert i ICD-10 sine diagnosekriterier

(Statens helsetilsyn & World Health Organization, 1999). Fagstoffet vi analyserte i oppgaven tar primært for seg schizoaffektive og psykoselidelser, men inkluderer og pasienter med mer enn en diagnose. Rusproblemer vil gjelde for alle problematiske forhold til rusmidler uansett juridisk status i samfunnet.

1.3.2. Livsstilsendringer

Herunder trekker vi frem endringer i livsstil som retter seg mot å danne sosiale nettverk, sunt kosthold, trening og aktivitet, ADL-ferdigheter, i tillegg til begrensning av rusbruk. For at det skal kunne være en endring med betydning for helse er det et poeng at endringen varer over tid (Kristoffersen et al., 2016c, s. 276).

1.3.3. Livskvalitet

«Livskvalitet handler både om materielle levekår og hvordan livet oppleves» (Nes, 2016). En subjektiv opplevelse av hvordan man har det i eget liv, og en objektiv vurdering av det materielle rundt en.

1.3.4. Metabolsk syndrom

Et samlebegrep for en rekke diagnoser og symptomer som retter seg inn mot insulinresistens, diabetes type 2, hjerte og karsykdommer, hypertensjon, hyperlipidemi, overvekt og fedme (NHI, 2021).

2. TEORETISK REFERANSERAMME

For å danne en oversikt over teoriene samt det etiske og juridiske ansvaret som oppgaven baseres på, skal vi først undersøke helsefremmende arbeid og helse, før vi ser på sykepleiers rolle i forebyggende helsearbeid. Videre skal vi og se på Virginia Hendersons sykepleieteori, før vi tar for oss sykepleiers rolle i psykiatrien.

2.1. Helsefremmende arbeid

“Helsefremmende og forebyggende arbeid er en integrert del av all sykepleie” (Kristoffersen et al., 2016a, s. 198) . Dette er en påstand forankret i Norsk sykepleierforbund (NSF) sine yrkesetiske retningslinjer som samt som i norsk lovverk (Norsk Sykepleierforbund, 1983, §2.1). I “folkehelseloven” fra 2011 trekkes det frem at det skal være en større vekt på forebyggende arbeid og behandling når det er dokumentert sykdom og frafall av helse ("Folkehelseloven," 2011). Forebyggende arbeid kan deles opp i primær-, sekundær-, og tertiærforebyggende arbeid (Kristoffersen et al., 2016a, s. 18). For den enkelte sykepleier i psykisk helse er alle disse stegene innen forebyggende arbeid relevant i deres daglige oppfølging av pasientene for å sikre god helsefremmende og proaktivt arbeid. I denne oppgaven vil vi fokusere mest på den tertiære forebyggingen; altså reduksjon av funksjonssvikt og rehabilitering til allerede etablerte psykisk syke pasientene.

2.2. Helse som et mål

“Helse er definert som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser (WHO, 2012). For å ha en forståelse av hva helsefremmende arbeid er, vil forståelse av helse som en tilstand være viktig. I arbeid med pleietrengende mennesker vil målet med pleien være å hjelpe dem føle velvære, som et resultat av at de ikke lenger er pleietrengende, eller at lidelsestrykket deres blir redusert eller fjernet (Kristoffersen et al., 2016c, s. 353).

2.3. Virginia Hendersons pleieteori.

Virginia Henderson definerer sykepleiers unike funksjon som følgende;

Sykepleierens unike funksjon er å hjelpe den enkelte person, syk eller frisk, med de aktiviteter som medvirker til helse, bedring eller til å leve med sine begrensninger ..., noe han selv ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, vilje, eller kunnskaper, og å gjøre dette på en slik måte at han gjenvinner eller øker sin uavhengighet så raskt som mulig. (Henderson, 1966, sitert i Gonzalez & Keeping, 2020, s. 45)

I oppgaven ser vi Henderson sin sykepleieteori som særlig aktuell da en bevissthet rundt ansvaret for ivaretagelsen av pasientens helse står sentralt i arbeidet med psykisk helse. Forskningen benyttet i denne oppgaven, vil se sykepleiere og annet helsepersonell, hjelpe og veilede psykisk syke mennesker med å aktivt gjennomføre positive livsstilsendringer da de selv ikke er innehavere av enten evne, kunnskap, eller andre ressurser som gjør at de kan gjenvinne eller øke sin uavhengighet, som vi kan se speiler Hendersons pleieteori.

2.4. Sykepleier i psykiatrien

Forfatter Marianne T. Gonzalez hevder at “sykepleieren [i psykisk helsearbeid] har de samme funksjonene og ansvarsområdene som i de andre delene av praksisfeltet” (Gonzalez & Keeping, 2020, s. 52). Gonzalez trekker også frem at sykepleierens terapeutiske funksjon kommer frem under den behandlende funksjonen; og at det er under den terapeutiske funksjonen at sykepleierens rehabiliterende, habiliterende og lindrende funksjon kommer frem (Gonzalez & Keeping, 2020, s. 52-53). De forskjellige funksjonene kan forklares følgende:

Rehabiliterende: En del av tertiær forebygging som hjelper pasienten komme seg tilbake til et funksjonsnivå der de utsettes for mindre av de negative konsekvensene sykdommen deres gir, og derfor gir pasienten større grad av selvstendighet.

Habiliterende: Sykepleieren hjelper pasienten tilegne seg evner og kunnskap for å mestre et mer selvstendig liv.

Lindrende: Sykepleiers evne til å hjelpe pasienten overkomme, mestre eller leve med lidelse (Gonzalez & Keeping, 2020, s. 53).

Forebygging fra sykepleierens standpunkt innebærer et bakenforliggende fokus på å mitigere risiko og potensiell forverring ved å jobbe proaktivt med helsen til pasienten samtidig som behandling forekommer. Mye av dette arbeidet avhenger av god screening og identifisering av risikofaktorer, samt drøfting og planlegging for å unngå forverringer. Fordelen med god sekundærforebygging og tertiærforebygging er at det gir resulterende bedre folkehelse, som igjen vil minske belastningen på helsevesenet og spare samfunnet for ressurser.

3. METODE

3.1. Hva er metode?

“En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Vilhelm Aubert, 1985, s. 196, sitert i Dalland & Keeping, 2020, s. 53). En metode er med andre ord, en teknikk en benytter gjennom en studie, eksperiment, eller annen forskning, for å finne ønskede resultater. En metode viser en fremgangsmåte; og med dette gir mulighet for å gjenskape resultatene og tillater etterprøvbarehet. En får og muligheten til å gjennomføre endringer ved forskningen og resultatene ved å endre variabler, eller metoden i sin helhet hvis dette er ønskelig.

Metoder kan, kort oppsummert, deles opp i to kategorier; kvalitative og kvantitative metoder. Kvantitative metoder gir oss resultater som er målbare, altså data. Kvalitative metoder gir oss informasjon som ikke kan tallfestes, altså meninger og opplevelser (Dalland & Keeping, 2020, s. 54). Dette reflekteres i hvordan kvantitativ metode ofte kalles hard metode, og kvalitativ; myk.

3.2. Valg av metode

Emnebeskrivelsen for bacheloroppgave i sykepleie ved Universitetet i Stavanger sier at eleven skal vurdere en eller flere sykepleiefaglige problemstillinger gjennom en fordypning i sykepleiefaget. Dette skal gjennomføres som et akademisk arbeid med forankring i forskningslitteratur (Universitetet i Stavanger, 2022). Oppgaven skal dermed bestå av eksisterende kunnskap fra tidligere forskning, med eventuelt relevant påfyll som egne erfaringer, eller annet nyttig fagstoff; med andre ord en litteraturoversikt. I denne litteraturoversikten har vi benyttet Febe Fribergs metode (Friberg, 2017, s. 141-152).

3.3. Start av søkeprosessen

Litteratur søkeprosessen for denne oppgaven inneholder både strukturerte og ustrukturerte søk. Ustrukturerte søk ble gjennomført tidlig på høsten i 2022, i månedsskiftet fra september til oktober. Denne ustrukturerte delen av søkeprosessen

ble gjennomført for å finne relevant og inspirerende litteratur for valg av tema og utforming av problemstillinger og påfølgende valg av problemstilling. Den ustrukturerte søkeprosessen ble primært gjennomført gjennom Oria og de respektive databaser tilgjengelig gjennom Oria's portal, samt databaser anbefalt av universitetet.

3.4. Valg av databaser

For den strukturerte søkeprosessen valgte vi å benytte databasene CINAHL, SveMed+, Idunn, og Oria. Disse søkemotorene ble valgt da disse var anbefalte databaser fra Universitetet for søk etter helsefaglig litteratur. I den strukturerte søkeprosessen benyttet vi oss av sykepleiefaglige databaser for å finne relevante artikler. Under preliminærsøket for litteratur ekskluderte vi Idunn, da denne databasen ga dårlige resultat innenfor vår ønsket tematikk.

3.5. Valg av søkeord

Valg av søkeord ble gjort ut ifra oppgavens hensikt; Hensikten med oppgaven er å se hvorvidt livsstilsintervensjoner kan gi økt livskvalitet og livsstilsendring hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Søkeordene var som følger: livsstil, livsstilsendringer, sykepleier, psykiatri, psykiske lidelser, og livskvalitet. Vi oversatte disse til engelsk når vi benyttet oss av databasen CINAHL, da dette var en engelskspråklig database. Med disse som utgangspunkt justerte vi søkeordene noe for å få bredde i søket. For å finne og validere akademiske søkeord har vi benyttet MesH, en akademisk ordbok for helsefag. Vi gikk gjennom vår preliminnære problemstilling og valgte ut ord som var forklarende for vårt tema og som høyst sannsynlig ville føre til relevante resultater i søkemotorene. For å ikke innsnevre resultatene betraktelig benyttet vi trunkering på noen de søkeordene vi hadde valgt ut.

Trunkering gir et bredere artikkelsøk, ved å vise resultater fra ordstammen (Friberg, 2017, s. 71). Med dette menes det at søket vil vise forskjellige bøyninger eller "utviklinger" av et ord; eksempelvis vil "psyk*" vil gi resultater som; psykiatri, psykososialt, psykisk, og mer. Samtidig brukte vi også kombinasjonsordet, "OG", for å gi artikler som inneholdt alle de søkeordene vi benyttet, da vi viste at dette ville redusere bredden av søket ned til artikler som tok opp de stikkordene vi forventet ville være med i aktuelle artikkel som ville besvare vår problemstilling. Sammensetningen

av søkeordene ble gjort uten tanke på rekkefølge, da søkemotorene stokker disse om selv, og vi kunne fokusere på eksklusjons- og inklusjonskriterier i tillegg til bruk av teknisk søk i form av; “”, AND/OR, *, i søket.

Søkene våre ga totalt 116 resultater. Gjennom CINAHL, fikk vi sammenlagt 42 treff, hvorav vi fant 3 artikkel som var relevant for problemstillingen vår. Søkene våre i CINAHL, ble delt opp i to, da søkeordene og kombinasjonene ga ulike resultater. SveMed+ ga flest treff med 60 resultater, og 2 artikler ble valgt herfra. Gjennom Oria fikk vi 14 resultater, men fant ikke artikler som samsvarte med problemstillingen vår. Søkene vi benyttet oss av for artiklene, ligger vedlagt i vedlegg 1.

3.6. Valg av artikler

Tabell 1. Oversikt over valgte artikler.

<i>Forfattere, årstall, tittel</i>	<i>Tema</i>	<i>Hensikt</i>	<i>Perspektiv</i>	<i>Metode</i>
Anette Juel, Christina Blanner Kristiansen, Nikolaj Juul Madsen, Povl Munk-Jørgensen & Peter Hjorth 2017 Interventions to improve lifestyle and quality-of-life in patients with concurrent mental illness and substance use.	<i>Livsstilsintervensjoner for pasienter med psykiske lidelser og rusproblematikk</i>	Undersøke livskvalitet i pasientgruppen med ROP lidelser, og analyse av helse, rusbruk og livskvalitet etter et 24 måneders helsefremmende program	Pasientperspektiv	Kvantitativ studie med et naturalistisk design
Margaret Knight;Paula Bolton;Catherine Coakley;Lynne Kopeski;Karen Slifka 2015 Nursing Care for Lifestyle Behavioral Change	<i>Forebygging av metabolske risikofaktorer hos individer med alvorlige psykiske lidelser</i>	Undersøke om metabolske risikofaktorer kan stabiliseres eller forbedres hos individer med alvorlig psykiske lidelser	Pasientperspektiv	Kvantitativ studie, med et prospektivt longitudinelt design
Sally Hultsjö & Katarina Hjelm 2012 Community health-care staff's experiences of support to prevent type 2 diabetes among people with psychosis: An	<i>Forebygging av diabetes mellitus type 2 hos psykosepasienter</i>	Beskrive psykiatri ansattes opplevelser med å gi støtte til å unngå og forebygge DM type 2 hos psykosepasienter i kommunalpsykiatrien	Helsepersonell - perspektiv.	Kvalitative semistrukturerte intervjustudie.

interview study with health staff				
<p>Petra Svedberg, Bengt Svenson, Lars Hansson & Henrika Jormfeldt</p> <p>2013</p> <p>A 2-year follow-up study of people with severe mental illness involved in psychosocial rehabilitation.</p>	<p><i>Psykososial rehabilitering hos personer med alvorlig psykiske lidelser</i></p>	<p>Utforske resultatet av Boston psychiatric rehabilitation tilnærming med tanke på intervensjon for livsendringer, bruk av helsetjenester, livskvalitet, helse, psykososial funksjon og mestring</p>	<p>Pasientperspektiv.</p>	<p>Kvantitativ studie, prospektiv longitudinelt design</p>
<p>Sara Fernández Guijarro, Edith Pomarol-Clotet, Maria Carmen Rubio Muñoz, Carolina Miguel García, Elena Egea López, Rebeca Fernández Guijarro, Lidia Castán Pérez & Maria Assumpta Rigol Cuadra</p> <p>2019</p> <p>Effectiveness of a community-based nurse-led lifestyle-modification intervention for people with serious mental illness and metabolic syndrome.</p>	<p><i>Forebygging og skadereduksjon hos psykosepasienter med tidlige stadier eller risiko for å utvikle metabolsk syndrom.</i></p>	<p>Evaluerer effekten av livsstils-modifiserende intervensjon hos mennesker med alvorlig psykiske lidelser som møter kriteriene for metabolsk syndrom.</p>	<p>Pasientperspektiv.</p>	<p>Kvantitativ studie, randomisert</p>

De grunnleggende prinsippene for artiklene vi ønsket å bruke, var at de var fagfellevurderte artikler som besvarte hensikten vår, i en form eller annen. For å finne artikler som besvarte de spørsmålene vi ønsket å besvare, leste vi først gjennom titlene på søkeresultatene våre. De som vekket mest interesse og tydet til å være mest relevante, ble så plukket ut for å lese gjennom sammendraget, og eventuelt resultatet hvis sammendraget var relevant. De artiklene som hadde aktuelle temaer og/eller resultater ble så valgt ut og lest igjennom.

Videre måtte en del tekster velges bort, da vi forstod etter å ha lest abstraktene, at de ikke ville være relevante til oppgaven. Disse grunnene inkluderer, men er ikke eksklusive til, at de ikke omhandlet evaluering av behandling, ikke tok for seg pasientgruppen vi har i fokus i oppgaven vår, og/eller inneholdt søkeordene våre, men var ikke relevant for vår hensikt.

3.7. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å utelukke artikler som ikke besvarte eller var relevante for vår hensikt, samt spesifisere søkene mest mulig, benyttet vi oss av inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Med dette som hensikt, og etter en vurdering av valg av kriterier; satte vi følgende inklusjons- og eksklusjonskriteriene.

Tabell 2. Tabell over inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
Fagfellevurderte artikler	Ikke fagfellevurdert
Publisert innen de siste 10 årene (2012-2022)	Eldre enn 10 år
Originalartikler	Sekundær- og tertiær kilder
Studier i land med helsevesen etter høy vestlig kvalitet/sammenlignbar kvalitet med Norge	Studier i utviklingsland eller vestlige land med ikke-sammenlignbart helsevesen
Geografisk lokasjon Europa eller Nord-Amerika	Utenfor ønsket geografisk lokasjon
Omhandler pasientgruppen definert som alvorlig psykisk lidende - samt helsepersonell som har erfaring med dem.	Ikke relevant pasientgruppe og tvangsinnlagte pasienter
Kan knyttes til hensikten i vår oppgave.	Ikke relatert til oppgavens hensikt.
Forskningsartikler av kvalitativ eller kvantitativ karakter.	Doktorgradsavhandlinger, review-, og fagartikler.
Sykepleie- eller pasientperspektiv	Andre perspektiv.
Skrevet på norsk, svensk, dansk, eller engelsk.	Andre språk.

3.8. Analyse av vitenskapelige artikler

Etter Fribergs metode analyserte vi artiklene våre på følgende måte (Friberg, 2017). Når vi først skulle velge ut artiklene våre, tok vi utgangspunkt i oppgavens hensikt.

Etter å ha valgt ut artiklene våre leste vi gjennom disse flere ganger for å få en god forståelse for innholdet, hensikt, og sammenheng. Samtidig reduserte vi den analyserte forskningen, ned til aktuelle datapunkter. Dette gjorde vi for å kunne få en oversikt over hvilke resultater som var nødvendig for å besvare hensikten på oppgaven vår.

Videre dokumenterte vi denne dataen i en oversiktstabell. Dataen ble delt opp etter de individuelle artiklene og presenterer hovedfunnene fra hver artikkel kort og presist. Disse funnene valgte vi ut etter relevans til oppgavens hensikt, for å kunne se likheter og ulikheter, samt presentere artikkelens teoretiske utgangspunkt, metode, analytisk prosess, og/eller hensikt.

Vi satte deretter opp dataen i oversiktlige avsnitt fordelt i hovedkategori og underkategorier. Disse ble presentert utenfor matrisene, i oppsummerende avsnitt, hvor vi sammenfattet datapunktene. I disse avsnittene gjør vi en sammenligning av de resultatene vi har funnet fra de forskjellige artiklene, og sortere innholdet inn under de forskjellige hoved-, og underkategori. Ettersom vi gjennomfører en integrativ oversikt skal vi gjennom resultatene våre samle dataen vår til en “ny helhet”, altså vi presenterer nye resultater ved å se og dokumentere mønstrene vi har observert gjennom litteratur oversikten vår. Derfor tolker vi resultatene våre, og lager en rød tråd gjennom resultatene og presenter de etter tema og drøfter de i resultatdiskusjonen.

4. RESULTAT

Gjennom vår analyseprosess har vi bearbeidet tekstene, trukket ut resultatene som knyttes til oppgavens hensikt og så delte de inn i hovedtema og undertema.

4.1. En kort oppsummering av kategoriene

I tabell 3 presenteres kategorier og underkategorier for resultat. Disse er delt opp etter intervensjoner, livsstil, og livskvalitet. forskjellige underkategorier. Dette er gjort for å se fremgangsmåte, og deretter isolere effekten til konkrete kategorier, hvor forskjeller og likheter kan trekkes fram. Metoden gir oversiktlig fordeling av informasjonen, slik at den enkelt kan løftes frem i videre diskusjon.

Tabell 3. Tabell over hoved- og underkategorier.

Kategorier	Underkategorier
Intervensjoner	Effekt Utfordringer
Livsstil	Aktivitet Kosthold Rusbruk og røykeslutt
Livskvalitet	Opplevd livskvalitet Psykisk livskvalitet Fysisk livskvalitet Sosial livskvalitet Miljø livskvalitet

4.2. Intervensjoner

I forskningen vi har sett på er det flere eksempler på fremgangsmåter og planer for forebyggende helsearbeid ledet av sykepleiere og spesialsykepleiere. Gjort enten i rammen av innleggelse, eller utenfor institusjoner og tilsvarer kommunale tilbud. Med en viss variasjon i hva som ble gjennomført trekker vi frem likhetene mellom de forskjellige fremgangsmåtene benyttet. Et overordnet sterkt fokus på individuell tilpasning av intervensjoner og behandling til pasienten, var til stede uansett hvilke rammer som intervensjonene ble gjennomført under.

Intervensjonene fokuserer på å introdusere pasientene til en konkret plan med flere valgmuligheter, med ekstra tilbud og oppfølging ved siden av motiverende intervju og veiledning. Noe overraskende valgte svært få å benytte seg av disse, av 65 pasienter var det kun 25% av pasientene deltok i gruppesamtalene og kun 10 individer i treningen sammen med sykepleier (Juel et al., 2017, s. 199).

4.2.1. *Effekt*

I «Interventions to improve...» er antall intervensjoner og tid pasienten brukte i intervensjon knyttet til en forbedring i opplevd livskvalitet. For pasientgruppen økte miljø-livskvaliteten med (0.01) poeng for hver dag med intervensjon (Juel et al., 2017, s. 201). Dette er en stabil økning i scoren for opplevd miljølivskvalitet. BPR systemet med individets behov og mål som prioritet i forløpet viste seg lovende i behandling da det ga pasient og pleier mulighet til å jobbe mot et konkret mål. Målrettet arbeid ga også pasientgruppen en stor grad av mestringfølelse på vei mot, og ved oppnåelse av målene som var satt (Svedberg et al., 2014, s. 404).

4.2.2. *Utfordringer*

Å jobbe med livsstil og livskvalitet krever forandringer og at disse endringene varer. Vaner tar lang tid å danne, og kort tid å bryte. For videre forskning og diskusjon innenfor dette temaet; ønsker vi å dele opp utfordringene fra hovedartiklene på de nivåene de er aktuelle. Derfor deler vi de opp i følgende kategorier.

Utfordringer på individuelt nivå: forverring av psykisk helse, motivasjon/dropper ut av programmet, innsikt, og sosiale nettverk. Disse kunne være både begrensende faktorer, og styrkende faktorer. En lav grad av innsikt kunne føre pasienten til å ikke ønske å gjennomføre planlagt trening eller diett da pasienten vurderte det som unødvendig (Knight et al., 2015, s. 470). En av vanskene relatert til det å gi god hjelp er pasientens egen innsikt i sykdom, samt forståelse av mekanismene for å bli bedre.

Utfordringer på systemnivå: Mangel på kommunikasjon mellom instansene i helse organisasjonene blir utpekt som et stort problem, både for mulighetene til å gi god oppfølging fra den behandlende sitt perspektiv, men også pasientens erfaring av å måtte gjenta sin historie uante forskjellige ganger til nye mennesker (Hultsjö & Hjelm, 2012, s. 484)

4.3. Livsstil

Arbeidet med livsstil og endring av de hverdagslige vanene til pasientgruppen krever mye av både pasient og pleier. De ble gjennomført over lengre tidsperioder, fra 18 uker til 2 år i lengde (Juel et al., 2017; Knight et al., 2015). Årsakene til dette varierte fra forverringer i lidelse, studiets design, og fremgangsmåtene intervensjonene tok (Juel et al., 2017; Knight et al., 2015). Selv med et støttende nettverk av fagpersoner og familie rundt seg var det ikke uvanlig at pasienten falt tilbake i gamle vaner med negative helsekonsekvenser. Noe som ble en utfordring for å kunne jobbe med forebygging gjennom livsstilsintervensjonene.

Several CMHS emphasized that as soon as a person is diagnosed with psychosis, they need education and support to practice it in order to prevent DM. To motivate people to adopt a healthy lifestyle, staff needed to tailor information to each person, make it short, put in writing, and repeated. (Hultsjö & Hjelm, 2012)

Sitatet handler spesifikt om arbeidet med å forebygge diabetes mellitus (DM) type 2 hos pasienter med psykoselidelser, ved å gi pasienten opplæring om sykdommen, hvordan den forebygges, og steg de selv kan ta for å hindre utvikling av DM. Altså aktiv bruk av psykoedukasjon og læring for å kunne sammen med pasienten forebygge og gi de mestring i møte med egen sykdom. God opplæring og informasjon til pasienten rundt sykdom, sykdomsutvikling og mestringsmetoder kan sies å ha potensiell overføringsverdi til andre aspekter av helsearbeidet med pasientgruppen.

4.3.1. Aktivitet og hvile

Aktivitet fra lav intensitet til høy intensitet er viktig for både treningseffekten den gir, men også for å aktivere essensielle kjemiske belønning stoffer i hjernen (Kristoffersen et al., 2016b, s. 316). I Juel et al.

(2018) sitt forskningsprosjekt går timer brukt på lettere aktivitet opp, fra 10.8 til 12.4 timer. Men timer brukt på moderat aktivitet går ned fra 4.3 til 3.2 timer og høy intensitet aktivitet går ned fra 0.9 til 0.6 timer per uke. En negativ påvirkning på søvn fra 7.1 til 6.4 timer per natt fremtrer også (Juel et al., 2017, s. 200). Satt i sammenheng med abstinensreaksjoner grunnet reduksjonen i rusbruk kan dette mulig skyldes andre faktorer. I tillegg løftes dette som en av grunnene til økningen i bruk av psykofarmaka, spesielt kvetiapin hos pasientgruppen (Juel et al., 2017, s. 202). Da medisinen brukes for både antipsykotisk og sedativ effekt.

I artikkelen «Effectiveness of a community-based ...» er resultatene rundt aktivitet bedre, intervensjonsgruppen hadde en økning i fysisk aktivitet og ved siste intervju, brukte intervensjonsgruppen gjennomsnittlig 1 time mindre av dagen sittende, enn kontrollgruppen (Fernández Guijarro et al., 2019, s. 1333). Begrensingen av en sedentær livsstil er enormt viktig for å bidra til god helse. Aktivitet er en god måte å bidra til vekttap og bedre kardiovaskulær helse, men den må tilpasses og benyttes i tråd med pasientens kapasitet og motivasjon (Knight et al., 2015, s. 465).

4.3.2. *Kosthold*

Juel et al. (2017) presenterer funn av koffeininntak, forbruk av sukkerholdig og sukkerfri brus, og til fast food/lettvin mat i sitt forskningsprosjekt. Alle disse hadde signifikante reduksjoner etter intervensjonen (Juel et al., 2017, s. 200). utfordringer rundt kosthold blir også knyttet til impuls kontroll. "... til slutt er det opp til personen hva de skal gjøre. Hvis personen sier 'Jeg vil ha sjokolade', kan vi ikke egentlig gjøre noe siden personen tar avgjørelsene" (Hultsjö & Hjelm, 2012, s. 483, egen oversettelse). I dette sitatet blir utfordringen med motivasjon og impulser tatt opp, og viser hvordan det igjen kan være vanskelig med adheranse. Livsstilsendringer vil kunne sies å være et livslangt prosjekt, og etter intervensjonen er man ikke ferdig med prosessen man har startet.

4.3.3. *Rusbruk og røykeslutt*

Rusbruk kan i flere tilfeller være den mest markante og ødeleggende faktoren for god livskvalitet for pasienten (Juel et al., 2017, s. 201). Funnene angående rusbruk i «Interventions to improve ...» viser at pasientene som oppga lavest livskvalitet var de som brukte opiater, amfetamin, og røykte sigaretter. Opiat-bruk skilte seg ut spesielt når det gjaldt miljørelatert livskvalitet og hadde en reduksjon som ga negativt utslag langt mer alvorlig enn de andre rusmidlene nevnt i artikkelen. Pasienter som brukte opiater scoret 21.15 poeng innen miljørelatert livskvalitet, etter oppfølging, sammenlignet med gjennomsnittet 59.4 poeng hos de andre pasientene (Juel et al., 2017, s. 201). Et så stort avvik viser hvor negativt opiatbruk påvirket miljøet rundt pasienten.

Skadebegrensende arbeid på rusfeltet i intervensjonen viste seg effektivt i å redusere inntak. I tabell 1 i Juel et al. vises kliniske data, samt selvrapportert atferd, kostholdsvaner, og inntak av rusmidler. I «Inteventions to improve ...» ser vi at bruken for rusmidler går ned gjennom intervensjonen. Med unntak av kokain og amfetamin som økte i dager brukt per måned. Kokain fra 3.6 til 5.1 dager, og amfetamin fra 22.1 til 24 dager, i måneden (Juel et al., 2017, s. 200). I artikkelen forklarer de økende bruk av stimulerende rusmidler som en kompensasjon for at timer søvn gikk ned, noe som ikke er uvanlig ved redusert bruk av beroligende rusmidler. I «Nursing care for lifestyle behavioral change» ser de også effekt av intervensjon på rusbruk, spesifikt røykeslutt. Ut av pasientene som hadde satt seg et mål om å slutte å røyke klarte 3 av 5 dette (Knight et al., 2015, s. 470-471).

4.4. Livskvalitet

Livskvalitet som et mål, i «A 2-year follow-up ...» følger intervensjonen en anerkjent metode kalt Boston psychiatric rehabilitation model (BPR) (Svedberg et al., 2014, s. 402). En firetrinns modell basert på å først utforske, deretter legge en plan for pasientens selvvalgte målsetting, pasientens oppnåelse av dette målet, og deretter at pasienten beholde godene målet gir de uten tilbakefall (Sanches et al., 2020).

Livskvalitet ble vurdert og målt på flere forskjellige måter gjennom skjemaer med forskjellig opphav og utgangspunkt, samt scoringssystem. Dette betyr ikke at datapunktene er unyttige stilt opp mot hverandre, da måleområdene for livskvalitet; fysisk, psykisk, sosial og miljø har en viss overlapp mellom seg. For oppgavens hensikt er det nok at de kan klart definere økning og reduksjon i livskvalitet hos den som fyller ut skjemaet. Skjemaene som ble benyttet i forskningen for kartlegging av livskvalitet var: WHOQoL- Bref, HRQoL, EQ-5D, og MANSAs.

4.4.1. *Opplevd livskvalitet*

Opplevd livskvalitet øker med intervensjonstid og antall gjennomførte intervensjoner (Juel et al., 2017; Svedberg et al., 2014). Dette er fellesnevneren for to av de kvantitative artiklene. Selv om enkelte spørsmål eller domener for livskvalitet kunne synke mer eller mindre per artikkel. I «Effectiveness of a community-based ...» derimot viste kontrollgruppen ingen markant forskjell i livskvalitet sammenlignet forsøksgruppen ved studiets slutt (Fernández Guijarro et al., 2019, s. 1334).

4.4.2. *Psykisk livskvalitet*

Livskvaliteten relatert til den psykiske helsen i alle artiklene som måler psykisk livskvalitet, uavhengig av måleskjema, finner de en økning av opplevd kvalitet i tråd med oppfølgingen (Fernández Guijarro et al., 2019; Knight et al., 2015). Denne økningen i psykisk velvære gir igjen en bedre forutsetning for adheranse og gjennomføring av intervensjonen. Kort sagt, å føle resultatet kan være motiverende i seg selv.

4.4.3. *Fysisk livskvalitet*

HRQoL og IPAQ-SF hadde positive trender i «Effectiveness of a community-based ...» (Fernández Guijarro et al., 2019, s. 1334). IPAQ-SF er et verktøy for å skåre økning i fysisk aktivitet, uansett intensitetsnivå, økende score i IPAQ-SF resultatene kan ses i sammenheng med økende fysisk livskvalitet og mestring (Fernández Guijarro et al., 2019, s. 1334). I løpet av forskningsprosjektet til Knight et al. (2015) gikk dager hvor fysisk helse ble

opplevd som dårlig ned fra 16 til 11 dager i måneden. I tillegg gikk dager hvor psykisk og fysisk helse hindret aktivitet, ned fra 24 til 16 dager i måneden (Knight et al., 2015, s. 469). Dette kan også ha med kontekstualisering av hva aktivitet og helse betyr når det kommer til disse positive trendene. Knight et al. (2015) sitt prosjekt viste også gode funn i form av forbedringer i flere av de biologiske markørene, selv om funnene ledet i positiv retning må det komme frem at det kun var 11 individer som fullførte intervensjonen og derfor ikke kan benyttes som et bevis for sammenheng, men heller som et interessant funn.

4.4.4. *Sosial livskvalitet*

Den sosiale livskvaliteten til pasientgruppen gikk opp i «Effectiveness of a community-based ...» (Fernández Guijarro et al., 2019, s. 1334).

Gruppesamtaler og involvering av pasientene i dette var en god sosial arena og dannet grunnlag for videre sosial kontakt blant pasientene. BPR metoden viste igjen gode skussmål med en liten økning i HRQol generelt gjennom forskningsprosjektet til Svedberg et al. (2014), men psykososial funksjon steg stor margin fra 56.3 til 65.5 poeng i forskningsgruppa etter den toårige intervensjonen for psykososial rehabilitering (Svedberg et al., 2014, s. 404). Selvrapportert sosialt engasjement gikk også opp fra 3.5 - 3.7 poeng. Disse funnene indikerer at intervensjonen hadde effekt hos pasientgruppen når det gjaldt styrking av sosiale evner og nettverk (Svedberg et al., 2014, s. 404).

4.4.5. *Miljø livskvalitet*

Til miljø har vi knyttet arbeid og bosituasjon som kan prefikses som miljørelatert. Det er en faktor som gjennomgås i visse livskvalitet måleskjemaer og er en for så vidt relevant vinkling å ta når det gjelder skadelige miljømekanismer som kan bidra til forverret fysisk og psykisk helse, samt risiko for å falle tilbake i uheldige miljøer og nettverk når det gjelder rusmisbruk. Forskningsprosjektet med sterkest fokus på akkurat dette området var Svedberg sitt. Her fant de at 53% av pasientene hadde jobb som førsteprioritet og mål, deretter kom bolig. Jobb gir bedre finansielle kår, rutine og en tilhørighet, og for mange oppleves dette nødvendig for å kunne forbedre

materielle kår rundt seg, og med det øke miljørelatert livskvalitet (Svedberg et al., 2014, s. 406).

5. DISKUSJON

5.1. Metodediskusjon

I dette kapittelet skal vi ta for oss metoden vi har benyttet i denne litteraturoversikten, og dens svakheter og styrker. Vi skal også gjøre kildekritikk av de analyserte artiklene.

5.1.1. *Svake og sterke sider ved anvendt metode*

I vår oppgave har vi utført en integrativ litteraturoversikt; med dette valget har vi også fått friheten til å benytte både kvantitative og kvalitative artikler. Svakheter vært å nevne med en integrativ analyse, er at den ikke vil være like inngående som eksempelvis en metaanalyse; samt at det og ikke er satt noen faste rammer for begrensninger av valg av kvantitative eller kvalitative artikler (Friberg, 2017, s. 143). Dog har vi satt egne begrensninger innenfor valg av type artikler, og valgt å vinkle oss inn mot kvantitativ litteraturoversikt med kvalitative artikler som støttende elementer. Denne typen litteraturoversikt har også fått kritikk for å bruke for lite forskning som grunnlag for oversiktene de skal presentere (Friberg, 2017, s. 143).

Vi valgte å benytte denne metoden, da metoden baserer seg på å benytte analysert eksisterende forskning til litteraturoversikten. Denne metoden samsvarer altså med Universitetet i Stavangers emnebeskrivelse for bacheloroppgave i sykepleie, noe som gjorde det lettere for oss å velge denne metoden (Universitetet i Stavanger, 2022).

Som kritikk mot vår valgte metode trekker Friberg frem at “bevis” i kvalitative studier, ikke bør benyttes i lik format som i kvantitative studier, men at kvalitativt bevis heller burde benyttes som veiledende (Friberg, 2017, s. 130). Derfor har vi basert litteraturoversikten vår på kvantitative artikler, med kvalitative studier som støttende informasjon istedenfor at de benyttes som direkte bevis. En mulig svakhet som er viktig å trekke frem, er selektivt utvalg.

Selektivt utvalg forekommer når forfatteren utelukkende velger studier som støtter deres synspunkt som kan føre til et unøyaktig eller selektivt resultat (Friberg, 2017, s. 143). En slik svakhet, i form av selektivt utvalg, kan ved riktige forhold bli forsterket gjennom dårlig arbeid innen inklusjon- og eksklusjonskriterier og gjennom litteratursøkeprosessen.

5.1.2. *Litteratursøk*

Videre skal vi gjennomføre kildekritikk av våre artikler. Dalland forklarer kildekritikk som følgende “Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen du har funnet” (Dalland & Keeping, 2020, s. 152).

For å sikre god kvalitet på artiklene vi har brukt i vår oppgave har vi benyttet oss av bare av primærstudier i form av vitenskapelige publikasjoner, som utelukkende har blitt publisert i vitenskapelige tidsskrifter. Det vil si at alle artiklene vi har valgt har blitt fagfellevurdert og innebærer et nivå av sikkerhet for oss, da dette skal bety at innhold, og forfatternes arbeid er av en høy akademisk kvalitet. For å selvstendig bekrefte at artiklene er av en sikker natur, har vi gjennomgått alle artiklene våre gjennom “Register over vitenskapelig publiseringskanaler”, hvor en får rangert artikler etter hvilket nivå artiklene er ilagt av “vitenskapelig nivå” (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, 2022). Dette ble gjort for å forsikre faglig kvalitet i våre valgte artikler.

5.1.3. *Bibliotekar*

En svakhet gjennom vår oppgave, at vi ikke har benyttet bibliotekar. Bibliotekarer har erfaring innenfor søk og analysering av litteratur som vi kunne ha benyttet oss av. Dette kunne ha styrket vår søkeprosess og herunder våre valg av databaser, søkeord, og evne til å filtrere og vurdere artikler. En viktig svakhet å trekke frem er til hvilken grad artiklene våre besvarer oppgavens hensikt. En bibliotekar kunne ha hjulpet oss med i søkeprosessen, ved å vise oss hvordan en finner artikler som er mest relevante for vår oppgave.

5.1.4. *Valg av databaser*

Når vi skulle velge databaser gikk vi ut ifra de anbefalingene vi fikk gjennom veiledning fra Universitetet. Vi opplevde en god effekt av å ha gjennomført ustrukturert søk tidligere på året, samt å ha benyttet de anbefalte databaser gjennom tidligere oppgaver på Universitetet. Dette kan dog ha påvirket vår søkebredde ved at vi potensielt ikke benyttet andre databaser fordi vi “favoriserte” visse databaser. Dog skal det nevnes at vi eksempelvis gjennomførte søk i databaser som vi underveis i søkeprosessen fant ut at var aktuelle som databaser for bruk i denne oppgaven.

5.1.5. *Valg av søkeord*

En svakhet ved oppgaven vår kan være mangelen på variasjon og/eller bredde på søkeordene. En kan og vurdere at et begrenset antall konkrete søkeord gir definitive artikler som i høyere grad vil svare på oppgavens hensikt. Samtidig må en og akseptere risikoen for at faglige gode og relevante artikler ikke kommer frem i søket på grunn av et begrenset søkeområde. Etter vår mening, har vi valgt en kombinasjon av søkeord som ikke ville begrense søkeresultatene våre i den grad at vi garantert har gått glipp av aktuelle artikler; men vi har begrenset søkeordene til den grad at resultatene ble en realistisk mengde å prosessere gjennom oppgavens tidsramme.

5.1.6. *Inklusjons- og eksklusjonskriterier*

Grunnlaget for våre inklusjons- og eksklusjonskriterier var for å sikre oss en god filtrasjon av artikler gjennom søkeprosessen, samt en garanti for akademisk-kvalitet i artiklene vi ble presentert. For å besvare oppgaven vår best mulig, og å kunne benytte kunnskapen i lys av det norske helsevesenet, vurderte vi at vi burde begrense målområdet innenfor geografi, demografi, og begrenset oss til forskning utgitt de siste ti årene. Dette kan dog ses på som en svakhet, da man ekskluderer land som Japan, Sør-Korea, og Australia, som har en høy kvalitet innenfor helsesektorene sine, og dermed reduserer mengden med forskningsartikler tilgjengelig til litteraturoversikten. Derimot vurderte vi at dette og kunne være en styrke da det kan foreligge betydelige kulturelle

forskjeller som kan påvirke resultatene, samt at vi og fikk redusert søkeresultatene ned til en overkommelig mengde i den gitte tiden vi hadde på oppgaven vår.

I søkeprosessen var vi spesielt interessert i å finne riktig pasientgruppe, og i en spesifikk del av behandlingsforløpet for oppgaven. Kultur er i stor grad med på å definere normativt vurdert frisk atferd, og vi måtte ta det med i betraktning. Vi har derfor valgt forskningsprosjekter gjort i land der kulturen, medisinske definisjoner, og kriterier for sykdommer og diagnoser er så likt som mulig det norske helsevesenet.

5.1.7. *Datainnsamling*

Begge forfatterne av denne oppgaven er gjennom oppgavens tidsramme ansatt ved en psykiatrisk avdeling hver. Ved siden av dette har vi også gjennomgått en praksisperiode innen psykiatri, på forskjellige avdelinger. Vår interesse innenfor faget og personlige opplevelser og erfaringer har vært med å utforme valget av oppgavens hensikt, arbeidsprosess, og forståelse av emnet. Dette kan ha påvirket hvordan vi tolket dataen og sammenhengen av funnene våre, noe som kan da være en svakhet i oppgaven vår.

En svakhet av kriteriene våre kan være en manglende bruk av kvalitative artikler, da vi hovedsakelig har benyttet kvantitative artikler. Dette kan ha gjort at resultatene mangler et helhetlig perspektiv, særlig fra pasientene sitt perspektiv, noe som kan være en stor påvirkning på de endelige resultatene.

Vi har og forholdt oss konstant til artikler som har fulgt IMRaD-strukturen; innledning, metode, resultat, og diskusjon. Dette kan anses som en svakhet, da denne har fått kritikk innenfor det akademiske miljøet da noen hevder at dette hindre kreativitet (Dalland & Keeping, 2020, s. 157).

5.2. *Etiske hensyn*

Alle forskningsprosjektene har fått godkjenning av en eller flere helse-etiske utvalg eller komiteer i respektive land der undersøkelsen er gjennomført. I alle

artiklene oppgir forfattere og medforfatter(e) at det ikke forekommer noen interessekonflikter i forskningsprosjektet.

All data er anonymisert for å unngå brudd på lovverk rundt pasientvern i de respektive landene; jamfør lov om pasient- og brukerrettigheter i Norge (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §3-6).

Vi tar utgangspunkt, med faglig skjønn, i at alle deltakerne i studiene der samtykke er innhentet er vurdert samtykkekompetente, men tar og forhold for at samtykkekompetanse i respektive land kan skille seg fra norsk lov og praksis. Vi legger også vekt på at studiene er gjennomført i land med høy kompetanse innen helsevesen og med tilsvarende erfaringer, verdier og normer som i norsk praksis.

Vi følger forskrift om studier og eksamen ved Universitetet i Stavanger; og vil med det tilstrebe å gjengi resultater som kommer av andres arbeid etter deres hensikt ("Forskrift om studier og eksamen ved Universitetet i Stavanger," 2020).

5.3. Resultatdiskusjon.

5.3.1. *Opplevd livskvalitet*

Den opplevde livskvaliteten øker med intervensjoner, dette er fellesnevneren for alle de kvantitative artiklene. Selv om enkelte spørsmål eller domener av livskvalitet kunne synke mer eller mindre per artikkel. En mulig svakhet med bruken av skjemaene for å måle livskvalitet og funksjon er underrapportering av dysfunksjon og symptomtrykk grunnet manglende innsikt. Som vil gi feil utslag på reell effekt av intervensjonene.

5.3.2. *Somatisk helse*

Opplevd og målt somatisk helse hadde et interessant skille. I «Interventions to improve ...» så man en tydelig økt opplevelse av god helse, men med ikke signifikante funn i de målte biologiske markørene (Juel et al., 2017, s. 200). Til tross for liten fremgang i det som måles var opplevelsen av bedre helse til stede. Som nevnt i teorikapittelet kan helse forstås som subjektivt, med det kan

opplevelsen av bedring styrke videre motivasjon, så lenge opplevelsen ikke tar fokuset vekk og gir et falskt inntrykk av å være i mål når det gjelder arbeidet med egen helse.

5.3.3. *Psykisk helse*

Den psykiske helsen til pasienten forbedret seg gjennom intervensjonene, ettersom de gikk gjennom behandling under forløpet, men noe av effekten kan vises som resultat av involverte fagpersoner som med omsorg og omtanke har gitt strategier og teknikker for mestring til pasientene. De samme pasientene har benyttet seg av disse, og det gjenspeiles i resultatene.

5.3.4. *Individuelt fokus*

Selv om forskningsprosjektene, med unntak av kvalitative hadde pasientperspektiv, var alle planer gjennomført individuelt tilpasset etter pasientenes ønske. Å benytte seg av individuelle planer, med stor grad av påvirkning fra pasientens side øker brukermedvirkningen og grad av autonomi i egen behandling. Å føle seg hørt og sett kan bidra til å øke motivasjonen til å ta de riktige grepene for egen helse. Å ha en fagperson som ser over og eventuelt justerer målene sammen med pasienten kan hindre at planen blir urealistisk eller virker mot sin hensikt, som også vil øke kvaliteten av den forebyggende behandlingen.

5.3.5. *Røykeslutt og rusmidler.*

Å slutte å røyke er en utfordrende livsstilsendring. Å bryte med faste vaner, og et kjemisk avhengighetsskapende stoff krever motivasjon i tillegg til etterlevelse over lengre tid. At flere av pasientene klarte å slutte å røyke er godt bevis på intervensjonenes potensiale for varig og positiv endring av en ofte langvarig og svært skadelig livsstil. Når det gjelder reduksjon av rusbruk var funnene også positive, men her var det flere grupper med rusmidler, og flere individuelle stoffer som ble kartlagt når det gjaldt forbruk. Selv om hele forbruket gikk ned, var det enkelte rusmidler, spesielt stimulerende rusmidler som amfetamin og kokain hvor bruken gikk opp. Rusbruk er en negativ faktor

for livskvalitet og generell helse, det er et kjent fenomen av pasientgruppen med alvorlige psykiske lidelser ofte har en komorbid rusmiddelproblematikk (Tesli et al., 2014). Det er ikke til å legge skjul på at pasientgruppen vi har fokus på i oppgaven har en høyere andel brukere og generelt forbruk av rusmidler enn resten av befolkningen (Nesvåg et al., 2015). Grunnene til dette er mangfoldige og tett knyttet opp mot forsøk på å dempe symptomer fra lidelsen, og balansere ut bivirkninger fra medisinene. I tillegg er miljøene pasienten til tider føres mot gjennom uheldige bo-situasjoner en risikofaktor. For mange av pasientene er det vanskelig å skille hvorvidt dette er rus eller selvmedisinering, det er ikke gitt at de ruser seg daglig, eller kvalifiserer til “tunge rusmisbrukere” det er ikke vår hensikt å definere pasienten ut ifra dette. Men vi ser at en målrettet innsats for skadebegrensning når det gjelder rusbruk har store positive virkninger på pasientens livskvalitet generelt, og hjelper med å forebygge forverring rusmidler kan bidra til.

5.3.6. *Observerte utfordringer*

For videre forskning og diskusjon innenfor dette temaet; ønsker vi å dele opp utfordringene løftet fra hovedartiklene på de nivåene de er aktuelle. Derfor deler vi de opp i følgende:

Utfordringer på individuelt nivå; forverring av psykisk helse, motivasjon/dropper ut av programmet, innsikt, og sosiale nettverk.

Utfordringen med at pasientene dropper ut av studien gjør også forskning vanskelig ved å svekke validiteten til resultatet. I «Nursing care for lifestyle behavioral change» gikk antall fra 38 til 11, en reduksjon på ca. 71% (Knight et al., 2015, s. 468). En så liten populasjon gjør resultatene lite verdifulle for å argumentere med, men reduseres til et interessant funn som igjen vil kreve videre forskning for å validere. Avstand til behandler og motivasjon for gjennomføring ble tatt opp som hovedårsakene. At pasientene faller utenfor og mekanismene bak dette trenger videre forskning for å kunne forhindre det.

Utfordringer på systemnivå; mangel på kommunikasjon mellom behandlende instanser, at pasienten faller mellom forskjellige

behandlingstilbud og ikke får oppfølging. Disse utfordringene ødelegger for pasienten ved tap av oppfølging, men belaster også pasienten unødvendig. Pasienten blir satt i en situasjon der de må gjenta sin historie og danne nye relasjoner gang etter gang. Tiden dette tar gjør at pasienten vil risikere forverringer grunnet dårlig medisinsk oppfølging, og at behandlere kan miste oversikt over hvordan pasienten faktisk har det. Frafallet påvirker ikke bare forskningen, men også behandling utenfor institusjonen.

5.3.7. *Alvorlig psykisk lidende i møte med behandling*

Alvorlige lidelser enten somatiske eller psykiske er utfordrende å møte for mennesket som lider av sykdommen, pårørende, og behandlere. Psykiske lidelser har vært vanskelige å forholde seg til for folk og samfunnet i mange år, i stor grad grunnet manglende forståelse for prosessene bak lidelsens uttrykk. Med dagens medisiner, behandlingsteknikker og helsetilbud kan heldigvis pasienten møtes av et system som kan hjelpe de forstå seg selv, hindre tilbakefall og hjelpe de oppleve trygghet og helse.

6. RESULTATENES IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

Fokuset for livsstils intervensjoner bør ligge på stabiliserte pasienter, eller sent i stabilisering og videre etter utskrivelse som en del av oppfølgingen pasientene mottar i kommunen. Grunnen til dette er utfordringene som knyttes til adheranse grunnet symptomtrykk, innsikt og forståelse av situasjonen pasienten.

Videre fagutvikling, tilegning av kompetanse for fagpersonell innenfor metodenes fremgangsmåter, slik at de kan stå i arbeid med pasienter etter utskrivelse fra sykehus og DPS opphold, hvor de kan følges opp over tid. At kommunale tilbud heller styrkes for å ivareta pasienten.

Ettersom forskningen vi har basert oppgaven på stiller seg på pasienter som eksklusivt er på frivillige innleggelses og fagpersonene intervjuet jobbet med en pasientgruppe som var frivillig ser vi resultatet av vår arbeid som mest relevant rettet mot frivillige rammer.

7. KONKLUSJON

Gjennom vårt arbeid med oppgaven har vi fått frem informasjon og fakta fra flere studier og funnet både positive sider med, og utfordringer for sykepleierledet helsefremmende livsstils arbeid for pasienter med psykiske lidelser, selv med relativt små utvalg har intervensjoner vist seg å ha effekt for pasientgruppen i generelle og spesifikke områder der vi kan måle opplevd livskvalitet, de har vist effekt når det gjelder endringer i pasientens somatiske tilstand, psykiske helse, hverdagsmestring og evne til å stå i jobb. Å gjennomføre intervensjonene er tidkrevende arbeid, som krever innsats og motivasjon over tid fra både pasient og pleier. BPR modellen med pasientens målsetting og langsiktige planlegging viser seg særlig aktuell for behandling utenfor institusjoner. Fokuset i denne type er å bygge på pasientens selvstendighet, men med gode mekanismer for oppfølging. Som nevnt tidligere er dette avhengig av stabiliserte pasienter. Intervensjonen kan fortsatt benyttes selv om forverringer finner sted, selv om det krever at pasient og pleier samarbeider rundt oppstart og utvikling gjennom behandlingsforløpet.

8. LITTERATURLISTE

- Dalland, O. & Keeping, D. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave. utg.). Gyldendal.
- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (2022). *REGISTER OVER VITENSKAPELIGE PUBLISERINGSKANALER*.
<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringsskanaler/Forside>
- Fernández Guijarro, S., Pomarol-Clotet, E., Rubio Muñoz, M. C., Miguel García, C., Egea López, E., Fernández Guijarro, R., Castán Pérez, L. & Rigol Cuadra, M. A. (2019). Effectiveness of a community-based nurse-led lifestyle-modification intervention for people with serious mental illness and metabolic syndrome. *Int J Ment Health Nurs*, 28(6), 1328-1337. <https://doi.org/10.1111/inm.12644>
- Forskrift om studier og eksamen ved Universitetet i Stavanger, Kunnskapsdepartementet (2020). <https://lovdata.no/pro/SF/forskrift/2020-06-11-1508>
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. oppl. utg.). Studentlitteratur.
- Gonzalez, M. T. & Keeping, D. (2020). *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming : sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utgave. utg.). Gyldendal.
- Hultsjö, S. & Hjelm, K. (2012). *Community health-care staff's experiences of support to prevent type 2 diabetes among people with psychosis: An interview study with health staff* [480-489]. [Carlton, Vic.] :.
- Juel, A., Kristiansen, C. B., Madsen, N. J., Munk-Jørgensen, P. & Hjorth, P. (2017). Interventions to improve lifestyle and quality-of-life in patients with concurrent mental illness and substance use. *Nord J Psychiatry*, 71(3), 197-204.
<https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1251610>
- Knight, M., Bolton, P., Coakley, C., Kopeski, L. & Slifka, K. (2015). *Nursing Care for Lifestyle Behavioral Change* [464-473]. Washington, DC :.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. R. (2016a). *Grunnleggende sykepleie, bind 1 : Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., Bd. 1). Gyldendal akademisk .
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. R. (2016b). *Grunnleggende sykepleie, bind 2 : Grunnleggende behov* (3. utg. utg., Bd. 2). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. R. (2016c). *Grunnleggende sykepleie, bind 3 : Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., Bd. 3). Gyldendal akademisk.
- Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven), Helse- og omsorgsdepartementet (2011).
<https://lovdata.no/pro/NL/lov/2011-06-24-29>
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), Helse- og omsorgsdepartementet (2011). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/2011-06-24-30>
- Nes, R. B. (2016, 23.09.2022). *Fakta om livskvalitet og trivsel*.
<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>

- Nesvåg, R., Knudsen, G. P., Bakken, I. J., Høye, A., Ystrom, E., Surén, P., Reneflot, A., Stoltenberg, C. & Reichborn-Kjennerud, T. (2015). Substance use disorders in schizophrenia, bipolar disorder, and depressive illness: a registry-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(8), 1267-1276. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1025-2>
- NHI. (2021). *Metabolsk syndrom*. Norsk Helseinformatikk. <https://nhi.no/kosthold/overvektfedme/metabolsk-syndrom/?page=all>
- Norsk Sykepleierforbund. (1983). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleierforbund. Hentet 31.12.2022 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-63>
- Sanches, S. A., Swildens, W. E., Schaefer, B., Moerbeek, M., Feenstra, T. L., van Asselt, A. D. I., Danner, U. N., van Weeghel, J. & van Busschbach, J. T. (2020). Effectiveness of the Boston University Approach to Psychiatric Rehabilitation in Improving Social Participation in People With Severe Mental Illnesses: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.571640>
- Statens helsetilsyn & World Health Organization. (1999). *ICD-10 : psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser : kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Universitetsforl.
- Svedberg, P., Svensson, B., Hansson, L. & Jormfeldt, H. (2014). A 2-year follow-up study of people with severe mental illness involved in psychosocial rehabilitation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(6), 401-408. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.851737>
- Tesli, M. S., Handal, M., Torvik, F. A., Knudsen, A. K. S., Odsbu, I., Gustavson, K., Nesvåg, R., Hauge, L. J. & Reneflot, A. (2014). *Psykiske lidelser hos voksne* [Rapport]. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>
- Universitetet i Stavanger. (2022). *Bacheloroppgave i sykepleie (BSYBAC)*. Helsevitenskapelig Fakultet. Hentet 28.12.2022 fra https://www.uis.no/nb/student/course/BSYBAC_6
- World Health Organization. (2012). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. World Health Organization. <https://www.who.int/tools/whogol>

9. VEDLEGG

Vedlegg 1: Søkelogg

<i>Søkedato</i>	<i>Database</i>	<i>Søkeord og kombinasjoner</i>	<i>Avgrensinger</i>	<i>Antall treff</i>	<i>Leste abstrakt</i>	<i>Leste artikler</i>	<i>Antall valgte artikler</i>
31.10	CinAhl	Lifestyle change AND psych* AND Nursing	avgrensinger: siste 10 år, peer review, språkavgrenset. se tabell for eksklusjon og inklusjon.	16	5	3	1
31.10	SveMed+	Quality of life AND psyki*	Avgrensinger: siste 10 år, peer review, språkavgrenset. se tabell for eksklusjon og inklusjon.	60	9	4	2
01.10	CinAhl	(lifestyle changes or lifestyle modification or lifestyle choices) AND (psychiatry or psychiatric or mental health) AND nursing	Avgrensninger: siste 10 år, peer review språkavgrenset. se tabell for eksklusjon og inklusjon.	26	8	5	2
1.10	Oria	psyk* AND livsstil*	Avgrensninger: 2012-2022, agfelleverdert , språk avgrenset. se tabell for eksklusjon og inklusjon.	14	2	2	0

Vedlegg 2: Litteratormatrise

Forfattere Årstall Tidsskrift Land	Artikkel- tittel	Hensikten med studien	Perspekti v	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/resul- tater
Anette Juel, Christina Blanner Kristiansen, Nikolaj Juul Madsen, Povl Munk- Jørgensen & Peter Hjorth 2017 Nordic Journal of psychiatry Danmark	Intervention s to improve lifestyle and quality-of- life in patients with concurrent mental illness and substance use.	Undersøke livskvalitet i pasientgrup- pen med ROP lidelser, og analyse av helse, rusbruk og livskvalitet etter et 24 mnd helsefrem- ende program.	Pasient- perspekti v	Kvantitativ analyse av standardiserte biologiske tester og WHOQoL- spørreskjema.	64 pasienter mellom med 18 og 64 år, med a) en ICD-10 diagnose F20-29, affektiv diagnose F30-39, angstdiagnos- e F90-98, eller b) en ICD-10 diagnose indikerende for skadelig bruk av enten narkotika eller alkohol (F10-19.)	Ikke konklusiv effekt, av selve helseprogrammet når det gjelder livsstil. Vanskelig å vurdere effekten på matvaner, i forhold til. koffein, karbohydrater, mettet fett, mindre søvn, og at pasientene tok høyere doser antipsykotika. Selv om livsstil ikke endret seg stort, var det en markant forbedring i opplevd livskvalitet ved ende av studiet. Svært lite endringer i de biologiske markørene med tanke på, kolesterol, lipider, blodsukker, etc.
Margaret Knight;Paul a Bolton;Cath- erine Coakley;Ly	Nursing Care for Lifestyle Behavioral Change	Undersøke om metabolske risikofaktore r kan stabiliseres	Pasientpe- rspektiv	Kvantitativ analyse av standardiserte biologiske markører som lipidnivåer,	Pasienter med "SMI" mellom 21 og 55 år. 23 menn og 15 kvinner.	Resultatene er viser til lite konkret fremgang i forhold til de biologiske

Kandidatnummer: 1522 og 1595

<p>nne Kopeski;Karen Slifka 2015 Issues in mental health nursing Washington DC</p>		<p>eller forbedres med ukentlig motiverende intervju, undervisning og medisinsk oppfølging fokuset på livsstilsendringer hos individer med SMI. Individene ble fulgt i 18 mnd.</p>		<p>sporstoffer, Vekt, BMI, samt healthy Days Health- related Quality of Life spørreskjema for livskvalitet</p>	<p>Inkluderings kriterie: to eller flere risikofaktorer for schizofrenidi agnose, schizoaffective, bipolar, depresjon, eller psykose, tilskrevet antipsykotikum, og engelsktalende. Samtykkekompetent Eksklusjons kriterier: Tvangsinnlagt, mindre enn 2 risikofaktorer for metabolsk syndrom, eller gravid.</p>	<p>markørene. Livskvalitet og opplevelse av fremgang gikk også noe overraskende ned i løpet av studien. Pasienten opplevde å være lengre unna sine mål ved slutt enn start. Dager der sykdommen hindret de fra å gjennomføre daglige aktiviteter var til tross for de dårlige resultatene noe færre. Det lave utvalget gjør det vanskelig å feste resultat til forskningen. I tillegg tas det opp at pasientgruppen mulig ikke var stabilisert nok til å gjennomføre intervensjonen.</p>
<p>Sally Hultsjö & Katarina Hjelm 2012 International Journal of Mental Health Nursing Sverige</p>	<p>Community health-care staff's experiences of support to prevent type 2 diabetes among people with psychosis: An interview study with health staff</p>	<p>Beskrive psykiatrians attes opplevelser med å gi støtte til å unngå og forebygge DM type 2 hos psykose pasienter i kommunal psykiatrien.</p>	<p>Pleiepersone- perspektiv v.</p>	<p>Kvalitative semistrukturerte intervju studie med 12 kommunale psykiatri ansatte. Kvalitativ, eksplorativt design. Data ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse.</p>	<p>12 kommunale psykiatri ansatte. 8 kvinner og fire menn, mellom 28- 55 år (median 45) med 2-10 års erfaring (median: 5) 10 "mental nursing assistants", en</p>	<p>"Personalet har en privilegert posisjon til å ha en markant påvirkning i forebygging av DM. Ikke ta for gitt at personalet har kunnskap til å vite hvordan de påvirker pasienten's fysiske helse. Motivasjon gjennom små praktiske</p>

					sosialarbeider, og en ergoterapeut ..	innsatser har best effekt. Plan for å kartlegge risiko kan guide personal til å støtte og implementere livsstil intervensjon.
Petra Svedberg, Bengt Svenson, Lars Hansson & Henrika Jormfeldt 2013 Nordic Journal of psychiatry Sverige	A 2-year follow-up study of people with severe mental illness involved in psychosocial rehabilitation.	Utforske resultatet av BPR intervensjon for livsendringer, bruk av helsetjenester, livskvalitet, helse, psykososial funksjon og mestring	Pasientperspektiv	Kvantitativ	71 pasienter deltok ved starten av undersøkelsen. 49 av disse fullførte 2 års oppfølgingen. 22 stykker fullførte ikke; av disse kunne ikke 18 stykker nås, og resterende 4 nektet å delta.	Studien støtter at BPR bidrar til en forbedret livssituasjon i forhold til jobb, jobbtrening, og en reduksjon i antall pasienter som benyttet uføretrygd; mens ingen endringer ble observert i tilknytning til boligsituasjon, utdanning og fritid. Studien underbygger at PBR bidrar til økt livskvalitet, helse, selvstendighet og mestring, og psykososiale evner; samt en reduksjon i benyttelsen av psykiatriske tjenester.
Sara Fernández Guijarro, Edith Pomarol-Clotet, Maria Carmen Rubio Muñoz,	Effectiveness of a community-based nurse-led lifestyle-modification intervention	Evaluere effekten av nettverksbasert, sykepleierledet, livsstilsmodifiserende intervensjon hos	Pasientperspektiv	Kvalitativ studie	61 pasienter med alvorlig psykisk lidelse mellom 18 og 65 år som hadde minst 3 av 5 risikofaktorer for	Programmet for helsepromotering har vist positive effekter på vekttap, midjeomkrets, fastende plasma triglyserider, HDL kolesterol,

<p>Carolina Miguel García, Elena Egea López, Rebeca Fernández Guijarro, Lidia Castán Pérez & Maria Assumpta Rigol Cuadra</p> <p>2019</p> <p>International journal of mental health nursing</p> <p>Australia</p>	<p>for people with serious mental illness and metabolic syndrome.</p>	<p>mennesker med alvorlig psykiske lidelser som møter kriteriene for metabolsk syndrom.</p> <p>Sekundært mål å evaluere effekten av denne intervensjonen på helse relatert livsstilskvalitet (HRQoL) og fysisk aktivitet.</p>			<p>metabolsk syndrom ifølge NCEP-ATP III og som gikk på antipsykotiske medisiner.</p> <p>Mennesker med medisinske kontraindikasjoner mot fysisk aktivitet eller alvorlig kognitiv svekkelse.</p>	<p>og DBP, redusering av deltagernes kardiovaskulære og metabolske risikoer, samt forbedret deres ukentlig fysiske aktivitet og HRQoL.</p>
---	---	---	--	--	--	--