



**HÖGSKOLAN VÄST**

Institutionen för hälsovetenskap

# **Hälsofrämjande och jämlika insatser för individer med schizofrenidiagnos**

**Li Ly      Sandra Svedlund**

**Examensarbete i omvårdnad på avancerad nivå  
Specialistsjuksköterskeprogrammet  
Institutionen för Hälsovetenskap  
Vårterminen 2016**

**Examensarbetets titel:** Hälsöfrämjande och jämlika insatser för individer med schizofrenidiagnos

**Engelsk titel:** Health Promotional and Equal Interventions for Individuals with Diagnosis of Schizophrenia

<b>Författare</b>	Li Ly Sandra Svedlund
<b>Handledare</b>	Pia Alsén
<b>Examinator</b>	Ina Berndtsson
<b>Institution</b>	Högskolan Väst, Institutionen för Hälsovetenskap
<b>Arbetets art</b>	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
<b>Program/kurs</b>	Specialistsjuksköterskeprogrammet, 60 hp inriktning psykiatrisk vård
<b>Termin/år</b>	VT 2016
<b>Antal sidor</b>	23

## Abstract

**Background** Patients with diagnosis of schizophrenia experienced a reduced life expectancy of up to 25 years as compared to people in general. Health promotion interventions concern behavior affecting interventions intended to improve the living habits of patients with diagnosis of schizophrenia. In this work, the psychiatric nurse had an important role in taking into consideration the resources of the patient. The literature indicated a difference between men and women what regarded nursing. **Aim** To investigate health promotion interventions between genders for patients with diagnosis of schizophrenia. In addition, to identify predicting factors for the achievement of health promotion interventions. **Method** The study design was retrospective cross-sectional. Data registered 2014 and 2015 in the national quality registry for psychosis care were analyzed statistically. The sample had a size of 5554 individuals. **Results** Logistic regression analysis indicated that to be a man, have systolic hypertension and lack occupation were statistically significant variables that together affected whether or not patients had received health promotion interventions during the last twelve months, chi-squared test indicated no difference between men and women. However, chi-squared test indicated that to be below 55 years of age, to have high school education and occupation were predicting factors for health promotion interventions. **Conclusion** Being a man seemed to predict health promotion interventions, however systolic hypertension and lack of occupation were predicting factors together with being a man. Gender specific advice could be of help to the psychiatric nurse in the initial valuation of the needs of the patient.

**Keywords** Gender, health promotion, registry study, schizophrenia, Sweden

## Populärvetenskaplig sammanfattning

Syftet var att undersöka hälsofrämjande insatser beroende på kön för individer med schizofrenidiagnos, samt identifiera faktorer som predicerar hälsofrämjande insatser.

Patienter med schizofrenidiagnos uppgavs ha en förkortad medellivslängd med upp till 25 år jämfört med folk överlag i Sverige. Patienter med psykotiska symtom hade kognitiva funktionsförsvagningar vilket medförde att de hade svårare att genomföra livsstilsförändringar. Hälsofrämjande insatser avser beteendepåverkande insatser som syftar till att förbättra schizofrenipatienters levnadsvanor. Det sker genom att psykiatrisjuksköterskan ser till patientens resurser. Litteraturen påvisade skillnader mellan män och kvinnor relaterat till omvårdnad. Studien var en retrospektiv tvärsnittsstudie med data från kvalitetsregistret PsykosR. Patienterna som ingick i studien utgjordes av patienter med schizofrenidiagnos. Studien omfattade 5554 patienter med schizofrenidiagnos, data baseras på registreringar som gjordes mellan januari 2014 och december 2015.

En av de valda statistiska beräkningsmodellerna, så kallad logistisk regression, indikerade att vara man, ha systolisk hypertoni och sakna sysselsättning utgjorde statistiskt signifikanta faktorer som påverkade huruvida patienterna hade fått hälsofrämjande insatser de senaste tolv månaderna eller ej. Chi<sup>2</sup>-test indikerade ingen skillnad mellan män och kvinnor. Dock indikerade chi<sup>2</sup>-test att vara under 55 år, ha gymnasial utbildning och sysselsättning var predicerande faktorer för hälsofrämjande insatser.

Studien indikerar att kön tillsammans med systolisk hypertoni och ingen sysselsättning tycks predicera hälsofrämjande insatser, det är därför av betydelse att arbetet inom den svenska psykosvården förändras. Könsspecifika råd avseende initial behovsbedömning skulle kunna vara fördelaktiga ur såväl ett patientperspektiv som ur ett vårdgivarperspektiv. Eftersom könsspecifika råd till stor del saknas upplever vi en oro att den individanpassade vården och omvårdnaden riskeras genom att dessa faktorer inte beaktas. Om sådana råd skulle utformas är det dock viktigt att poängtera att skillnader mellan samma kön behöver beaktas, och att kategorisering inte sker strikt av patienterna efter kön. Om sådana könsspecifika råd beaktas samtidigt som unika förutsättningar för patienten tror vi att patienter i högre grad får rätt form av hälsofrämjande insatser direkt. På så vis kan fler patienter få hälsofrämjande insatser och sina behov tillgodosedda snabbare.

## **Förord**

Vi tackar Rickard Färdig, statistikansvarig för PsykosR, som har bidragit med värdefull hjälp i analysarbetet och tillhandahållande av betydande uppgifter från PsykosR. Vi vill även tacka Pia Alsén som har varit vår handledare och bidragit med granskning, möjlighet till diskussion samt positiv energi i skrivprocessen.

## Innehåll

Inledning.....	1
Bakgrund .....	1
Psyisk ohälsa.....	1
Psykos.....	2
Schizofrenidiagnos.....	2
Könsskillnader .....	2
Att leva med schizofreni.....	4
Nationellt kunskapsregister för psykosvård – PsykosR .....	4
Hälsa .....	5
Hälsofrämjande insatser .....	6
Sjuksköterskans ansvar .....	6
Problemformulering .....	7
Syfte .....	7
Metod .....	7
Design.....	7
Urval .....	7
Datainsamling.....	7
Dataanalys .....	8
Binominal logistisk regression.....	9
Etik.....	9
Resultat.....	10
Översikt dataset och patienter.....	10
Chi <sup>2</sup> -test - enskilda variabler .....	12
Binominal logistisk regression .....	13
Subanalyser.....	13
Diskussion .....	14
Metoddiskussion.....	14
Validitet.....	15
Reliabilitet.....	16
Generaliserbarhet .....	16
Tillämpning av forskningsetiska principer och de egna etiska ställningstagandena .....	17
Resultatdiskussion .....	17
Slutsats.....	21
Kliniska implikationer .....	21
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom specialistsjuksköterskans kompetensområde22	
Referenser.....	24

## Bilagor

I PsykosR, ny- och uppföljningsregistrering

## **Inledning**

Det existerar skillnader mellan män och kvinnor avseende vård- och omvårdnadsbehov, läkemedelsbiverkningar samt lämpligast typ av behandling och behov av hälsofrämjande insatser. Kvinnor upplever att de inte får lika god omvårdnad som män, vilket kan vara relaterat till olika behov som är olika svåra att tillgodose. I Sverige saknas könsspecifika råd gällande behandling, hälsofrämjande insatser och omvårdnad avseende patienter med schizofrenidiagnos (Kunskapscentrum för Jämlik Vård, 2012).

Psykisk ohälsa är ett vanligt folkhälsoproblem och i Sverige besväras uppskattningsvis 20-40 % av psykisk ohälsa, varav 5-10 % uppges vara i behov av psykiatrisk vård (Socialstyrelsen, 2009b).

Schizofreni, som utgör en vanlig psykossjukdom, debuterar vanligen i slutet av tonåren eller i tidig vuxen ålder. Mer än 21 miljoner individer världen över är drabbade av schizofreni (World Health Organization, 2015). Enligt Brown, Kim, Mitchell och Inskip (2010) kan en individ som har schizofrenidiagnos ha en förkortad livslängd om 10 till 15 år. Bradshaw och Pedley (2012) menar att livslängden kan förkortas upp till 25 år. I Sverige har patienter med schizofrenidiagnos en medellivslängd som i genomsnitt är 15 år kortare för män och 12 år kortare för kvinnor än för den övriga befolkningen (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2015). En av de främsta dödsorsakerna är hjärt- och kärlsjukdom (Von Hausswolff-Juhlin, 2009; Robson & Gray, 2007).

## **Bakgrund**

### **Psykisk ohälsa**

Psykisk ohälsa är ett internationellt vedertaget begrepp. Det saknas dock en entydig definition och gränsen mellan psykiska sjukdomstillstånd och vardagsproblem är odefinierad. Det är av vikt att särskilja psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. I begreppet psykisk ohälsa inkluderas vanligtvis hela spektrumet från att ha ett försämrat psykiskt välbefinnande till psykiska sjukdomar av allvarligare karaktär såsom schizofreni, alltså frånvaro av hälsa enligt dess mer nutida definitioner (Vingård, 2015).

Vingård (2015) understryker att syftet med införandet av begreppet psykisk ohälsa sannolikt var att normalisera psykiska sjukdomar genom att även ett något försämrat psykiskt välbefinnande inkluderas, något som många individer någon gång i livet upplever utan att ha en psykisk sjukdom.

Allmänhetens uppfattning om vad psykisk ohälsa innebär är spridd och kan innefatta allt från stress till drogmissbruk till exempelvis schizofreni. En viss problematik finns med att få en diagnos klassad som psykisk ohälsa, då det kan leda till att individen blir mindre benägen att söka vård eftersom att denne vill undvika stigmatisering. Det förekommer att individer blir illa bemötta av andra samhällsinvånare med anledning av diagnosen. En positiv aspekt med användandet av begreppet psykisk ohälsa är att det kan underlätta kommunikationen mellan yrkesprofessionella och vårdsökande (Rüsch, Evans-Lacko & Thornicroft, 2012).

## **Psykos**

Psykosjukdom kännetecknas av sönderfall av psykiska funktioner och förlust av verklighetskontakt i samband med olika symtom såsom: hallucinationer, påverkningssidéer, vanföreställningar, affektiva förändringar, tankestörningar, psykomotoriska störningar och viljestörningar (Wetterberg, 2013). Symtomen delas in i positiva, negativa samt kognitiva symtom. Positiva symtom avser tankar, övertygelser och känslor som kan upplevas men som inte verkar realistiska för andra. Andra symtom kan vara hallucinationer såsom upplevda ljud, röster, känslor och syner vilka kan utgöra förändringar av normala funktioner i form av en irrationell bild av det som händer i omgivningen. De negativa symtomen kan utgöras av brist på energi eller motivation vilket kan minska patientens aktivitet, lust och ork. Med kognitiva symtom avses svårigheter med inläring och koncentration, dåligt minne, nedsatt uppmärksamhet, lång reaktionstid samt att individen kan uppleva det utmanande att införskaffa kunskap samt nyttja nya färdigheter (Wetterberg, 2013; Ottosson, 2009). Symtombilden varierar från allvarliga tillstånd till kortvariga och mindre allvarliga psykoskov (Cullberg, 2003).

Orsakerna till psykosjukdom är enbart till viss del identifierade. Stress-sårbarhetsmodellen bidrar till en bättre förståelse för koppling mellan orsak och verkan. Modellen grundar sig i att individer kan ha en grundläggande sårbarhet för att utveckla schizofrenisjukdom. Sårbarheten kan vara biologisk och relaterad till genetiska faktorer, hjärnskada, etc., eller psykologisk mot bakgrund av exempelvis allvarliga störningar och brister i den tidiga barndomsutvecklingen (Cullberg, 2005).

## **Schizofrenidiagnos**

Schizofreni är en psykosjukdom som påverkar flera områden av kognition och beteende. Sjukdomen visar sig vanligen i tidig vuxen ålder, och följer i regel ett kroniskt förlopp. Det är ofta ett förödande tillstånd som är till en stor börda för patienter, vårdare, närstående och samhället. Antipsykotiska läkemedel är grunden för behandling av patienter med schizofrenidiagnos. Psykologiska och sociala insatser utgör en avgörande faktor för patientvården (Meyer & MacCabe, 2012).

Minst ett av följande symtom ska finnas för att patienten ska erhålla diagnos: formell tankestörning, vanföreställningar om kontroll eller påverkan, typiska rösthallucinationer samt vanföreställningar av bisarr typ. Alternativt krävs minst två av följande symtom: ihållande hallucinationer för någon sinnesmodalitet förenad med vanföreställningar utan affektivt innehåll, objektiva tecken på formella tankestörningar, katatont beteende och negativa symtom (Ottosson, 2009).

## **Könsskillnader**

Antalet män och kvinnor, sett till hela befolkningen, var i Sverige vid årsskiftet mellan 2014 och 2015 i princip lika många (Statistiska Centralbyrån, 2015). Sjukdomsriskerna för schizofreni är 1 % högre för män än kvinnor och män har genomsnittligt tidigare debut än kvinnor. Män löper störst risk att drabbas under ungdomsåren, men prevalensen minskar för

de båda könen i takt med ökad ålder (Ottozon, 2009). Tidigare forskning lyckas inte klargöra varför män insjuknar tidigare än kvinnor. Samtidigt är det vanligare att äldre kvinnor drabbas av psykossjukdom än att äldre män gör det och därför uppges psykossjukdomar vara lika vanliga bland män som bland kvinnor totalt sett. Kvinnor har ett mindre ogynnsamt sjukdomsförlopp som tydligt beror på biologiska könsskillnader, ofta framförs östrogen som en bidragande förklaring till (Riecher-Rössler & Häfner, 2000).

Det existerar skillnader mellan könen vad gäller symtom samt socialt beteende. Det är vanligare att män visar allvarliga negativa symtom såsom apatiska symtom och kvinnor uppvisar i högre grad än män mildare och affektiva symtom (Willhite, Niendam, Bearden, Zinberg, O'Brien & Cannon, 2008). Anledningen att kvinnor blir symtomfria tidigare än män utgörs av att kvinnor överlag har ett annat vårdbehov som bland annat innefattar psykoterapi vilken har påvisats bidra till många kvinnors kortare tid till symtomfrihet (Kunskapscentrum för Jämlik vård, 2012).

Män väntar längre tid än kvinnor med att söka vård vilket kan vara relaterat till rädsla för stigmatisering. En anledning till att kvinnor väntar längre tid med att söka vård är att de har ett bra socialt nätverk, de blir alltså därigenom inte vårdbehövande lika fort (Kunskapscentrum för Jämlik vård, 2012). Socialstyrelsen (2011a) anger att medelvårdtiden år 2010 var: 27 dagar för män och 41 för kvinnor, män insjuknar i regel under de första åren av 20-årsåldern medan kvinnor insjuknar under de senare åren av 20-årsåldern.

Psykologisk behandling lämpar sig generellt bättre för kvinnor mot bakgrund av de symtom de upplever och baserat på sjukdomshistorik sett generellt. Med psykologisk behandling avses i detta sammanhang psykoterapi som i Sverige rekommenderas som tillägg till läkemedel om individen inte blir symtomfri. Ingen skillnad görs mellan kön vad avser dessa rekommendationer trots den skilda graden av lämplighet mellan könen. Kvinnor med psykossjukdom uppvisar ofta bättre social anpassningsförmåga och funktion i jämförelse med män. Det framgår vidare att män tycks vara i större behov av funktionsrelaterad vård än kvinnor och att det är enklare att lösa inom vården än socialt stöd (Salokangas & Stengård, 1990).

Läkemedelsbiverkningar av antipsykotiska medel skiljer sig mycket åt mellan män och kvinnor (Seeman, 2004; Smith, 2010). Kvinnor uppges i högre grad erfara allvarliga biverkningar. I synnerhet viktuppgång, lågt blodtryck, passivitet och hög prolaktinnivå uppges som besvärande (Seeman, 2004). Männerna rapporterar i högre grad biverkningar relaterade till sexuell oförmåga. Det är fem gånger vanligare att kvinnor lider av övervikt mot bakgrund av användande av antipsykotiska läkemedel än att män gör det (Smith, 2010).

Enligt Ochoa, Usall, Cobo, Labad och Kulkarni (2012) finns en påvisad skillnad mellan män och kvinnor vad gäller behandlingsresultat och individens funktion. Kvinnor svarar bättre på antipsykotisk behandling och uppvisar bättre funktion än män.



## **Att leva med schizofreni**

Många individer med schizofreni upplever negativa reaktioner från andra p.g.a. sin psykiska sjukdom (Campellone, Caponigro & Kring, 2013). Stigmatiseringen av individer med psykisk funktionsnedsättning är utbredd och kan bland patienterna bestå i skamkänslor, känsla av utanförskap, skuld-känslor och att de upplever sig marginaliserade i samhället (Rüsch, Angermyer & Corrigan, 2005). Patienter har länge upplevt stigma och diskriminering och stora ansträngningar i samhället har vidtagits men trots det upplever många patienter fortsatt sådana problem (Mestdagh & Hansen, 2013). Individer med schizofrenidiagnos, som bor i boende med stöd, har ofta välutvecklade överlevnadsstrategier. Livskvalitet för dessa patienter är relaterad till schizofrenidiagnosens yttrande samt utanförskap. Dessa faktorer visar sig påverka patientens självkänsla och är extra påtaglig i kontakten mellan dem och deras familjer (Humberstone, 2002). Många uttrycker att de upplever att de inte riktigt känner igen sig själva. Det förekommer att individen upplever bristande självkontroll, starkt lidande, ensamhet och förtvivlan. Ofta upptar dessa känslor en betydelsefull del av deras vardag (Ko, Smith, Liao & Chang, 2012).

Läkemedelsbiverkningar såsom viktökning kan påverka patientens självbild, och kan vara en orsak till negativ självvärdering vilket i sin tur leder till stigmatisering från samhället. Det kan orsaka att patienten avbryter den antipsykotiska läkemedelsbehandlingen vilket kan leda till återfall och att patienten får minskad livskvalitet (SBU, 2015). Antipsykotiska läkemedel kan lindra psykotiska symtom men riskerar att ge somatisk ohälsa i och med ökad hungerkänsla vilket kan medföra till exempel viktökning, hyperlipider och hyperglykemi (Foley & Morley, 2011; Robson & Gray, 2007). Trötthet är en annan del av biverkningarna som leder till inaktivitet, vilket hindrar individer eller gör det svårare att ha en sund livsstil (Lambert, 2009). Fysisk aktivitet kan förebygga och försena uppkomsten av fysiska hälsoproblem (Robson & Gray, 2007). Kognitiva funktionsförsvagningar förekommer ofta i samband med psykotiska symtom vilket gör det svårare att förändra livsstil. I syfte att kartlägga vården och omvårdnaden för patienter med psykosjukdom har ett nationellt kvalitetsregister, PsykosR, upprättats.

## **Nationellt kunskapsregister för psykosvård – PsykosR**

Nationella kvalitetsregister i Sverige syftar till att förbättra och utveckla vården för patienterna (Registercentrum, 2015). Registren berör sjukvård, äldrevård och tandvård. Flera av de psykiatriska kvalitetsregistren är anslutna till Registercentrum i Västra Götaland som är ett av flera registercentrum i Sverige som stödjer utvecklingen av nationella kvalitetsregister (Psykiatriregister, 2016). Enligt Socialstyrelsens (2012) nationella riktlinjer för patienter med schizofreni är syftet att alla patienter i Sverige ska få jämlik vård. Jämlik vård är en del i arbetet med att säkerställa att patienter i Sverige får en så tillfredställande vård som möjligt.

PsykosR syftar till att skapa möjlighet att utvärdera psykosvården, genom att granska och jämföra materialet som är registrerat i PsykosR (Nationella kvalitetsregister, 2013). Arbetet med att rapportera in hälsofrämjande insatser i PsykosR påbörjas 2013 (Psykiatriregister, 2016). Registret är indelat i tre olika nivåer där nivå 1 är den högsta certifieringsnivån och

nivå 3 är den lägsta, olika kriterier ska uppfyllas för att nå de olika nivåerna (Nationella kvalitetsregister, 2014). PsykosR har certifieringsnivå 3 (Nationella kvalitetsregister, 2013).

Ny- och uppföljningsregistrering (se bilaga D) är ett formulär som ligger till grund för inrapporteringen till registret PsykosR. Studien beaktar hälsofrämjande insatser och i formuläret omnämns följande former av hälsofrämjande insatser: rådgivning kring fysisk aktivitet, kostrådgivning, rådgivande samtal om tobaksbruk, rådgivande samtal om alkoholvanor och kroppslig hälsoundersökning genomförd av läkare. Att kunna främja hälsa förutsätter en förståelse för hälsobegreppet.

## **Hälsa**

Hälsa innebär inte enbart avsaknad av funktionshinder eller sjukdom. Hälsa är ett tillstånd där individen upplever psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande. För att kunna känna välbefinnande är det av betydelse att individen upplever sig kunna bidra i samhället, hantera påfrestningar och vara produktiv. På så vis ges individen också förutsättningar för god psykisk hälsa (World Health Organization, 2014).

Begreppet "salutogenes" grundades av Antonovsky (1974) där *salus* betyder hälsa och kommer ursprungligen från latin och där *genesis* betyder ursprung och kommer från grekiskan. Utifrån ett salutogent perspektiv ligger fokus vid att upprätthålla och främja hälsa. Genom att se på människan ur flera olika synvinklar såsom biologiska, psykologiska och sociologiska skapas ett helhetsperspektiv. Vidare ska vikt läggas vid att se individens resurser, som kan användas för att hantera och lösa situationer, istället för att fokusera på hindren. Känsla av sammanhang är en resurs och central i KASAM-teorin som innefattar tre centrala dimensioner: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet syftar till det som händer inom individen och yttre faktorer som kan påverka. Kan individen förstå och göra händelserna begripliga så kan denne i större utsträckning uppleva god hälsa. Med hanterbarhet avses hur benägen individen är att hantera motgångar med de resurser och möjligheter denne har. Meningsfullhet handlar om att varje individ har något i livet de tycker är viktigt och meningsfullt och som gör det värt att lägga ner energi (Antonovsky, 1974).

Psykisk hälsa kan inte existera ensamt utan ingår i hälsobegreppet och involverar förmågan att ha relationer till andra, medkänsla, anpassningsförmåga till de sociala roller som förekommer inom den givna kulturen. Samt att klara av förändringar i tillvaron, använda positiva handlingar, ge uttryck för positiva tankar och hantera stunder av exempelvis nedstämdhet. Psykisk hälsa skapar värde och kontroll för patienten, samt förståelse för hur denne fungerar inombords och i samspel med andra. Sociala, psykologiska och biologiska faktorer samt miljön påverkar psykisk hälsa men även ohälsa. Psykisk ohälsa är nära relaterat till vilken upplevelse patienten har av sitt liv och sig själv, och dessa upplevelser inverkar på hanteringen av situationer som upplevs svåra (Bhugra, Till & Sartorius, 2013).

## **Hälsofrämjande insatser**

Intentionen med hälsofrämjande insatser är att stimulera patienters möjlighet till delaktighet och tilltro till det egna kunnandet (Socialstyrelsen, 2009a). Exempel på insatser för att bistå patienter med schizofrenidiagnos som har ohälsosamma levnadsvanor är beteendepåverkande insatser som avser att främja fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor, samt läkemedel för rökavvänjning (SBU, 2015).

Hälsofrämjande insatser innebär att patienten erhåller den hjälp som denne upplever sig vara i behov av för att erhålla en gynnsam hälsoliv, det till skillnad från att endast få stöd med att minska sjukdomssymtomen (Magyary, 2002). Hälsofrämjande insatser kräver att personalen respekterar patientens värdighet och bistår patientens egna resurser med insikt om att var och en har en tillgång att utveckla (Hedelin & Strandmark, 2001).

## **Sjuksköterskans ansvar**

Psykiatriskt omvårdnadsarbete med hälsofrämjande insatser utgörs av utbildningsstöd och praktiskt stöd. Kärnan i arbetet beskrivs som patienters delaktighet och att som vårdgivare ha allians med patienter (Svedberg, Arvidsson, Svensson & Hansson, 2008). De strategier som används av sjuksköterskor för att främja hälsa är att uppmuntra, förklara, informera och instruera patienter (Casey, 2007). Majoriteten av de hälsofrämjande aktiviteter som sjuksköterskan genomför består i att informera patienter om sådant som handlar om livsstil och beteende, samt riskorienterad hälsoutbildning (Whitehead, 2006).

En viktig uppgift för vårdgivaren i återhämtningsprocessen för patienten är enligt Brunt och Hanson (2005) att genom empowerment stödja patienten med att utveckla sina egna resurser och förmågor för att uppnå sina mål. Enligt Buchanan (2006) ska personalen som arbetar med hälsofrämjande insatser koncentrera sig på att bistå patienten i att urskilja och möta sina egna behov.

I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård belyses vikten av att arbeta utifrån ett helhetsperspektiv. Det innebär att försöka leva sig in i och se världen utifrån patientens och dess närståendes ögon. Psykiatrisjuksköterskan har ansvar att arbeta hälsofrämjande och för bibehållen hälsa, på individ-, grupp- och samhällsnivå. Sjuksköterskan ska ha förmågan att göra komplexa bedömningar och verka för en säker och evidensbaserad vård. Det ställer krav på förmågan att ta hänsyn till patientens unika vårdbehov i bedömningen, liksom i utformningen och genomförandet av vårdplaner (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Enligt Hummelvolls (2005) definition av psykiatrisk omvårdnad har sjuksköterskan till uppgift att fungera som patientens talesman när patienten själv inte kan uttrycka sina behov och önsningar. I de fall då patienter med psykotiska symtom inte kan agera självbestämmande måste vårdgivaren ibland fatta beslut å dennes vägnar, vårdgivaren måste göra en bedömning av patientens beslutsförmåga så att beslutsförloppet anpassas till varje individs unika situation (SBU, 2015). Sjuksköterskan behöver använda sig av både teoretiskt och praktiskt kunnande för att identifiera problem och identifiera patientens förmåga och resurser (Oberle & Allen, 2001).

## **Problemformulering**

Att leva med schizofreni är förenat med hälsorisker. Patienter med schizofrenidiagnos har kortare medellivslängd än den övriga befolkningen. Det finns samband mellan att ha schizofrenidiagnos och att drabbas av sjukdomar relaterade till levnadsvanor. Av den anledningen är hälsofrämjande insatser av stor vikt inom psykosvård.

Hälsofrämjande insatser handlar om att ta tillvara på och låta patientens resurser stärkas vilket är ett arbete som vanligtvis bedrivs av psykiatrisjuksköterskan.

I årsrapporten för nationellt kvalitetsregister för psykosvård (PsykosR) presenteras de olika hälsofrämjande insatser som patienter med schizofrenidiagnos har erhållit och hur vanliga de är. Däremot presenteras inte hur patienter skiljer sig åt avseende faktorer såsom kön relaterat till i vilken grad och i vilken form de har erhållit hälsofrämjande insatser.

Då vi i Sverige ska bedriva jämlik vård är det värdefullt att klargöra huruvida kön och andra faktorer är påverkande i det hälsofrämjande arbetet för patienter med schizofrenidiagnos.

## **Syfte**

Syftet var att undersöka hälsofrämjande insatser beroende på kön för individer med schizofrenidiagnos, samt identifiera faktorer som predicerar hälsofrämjande insatser.

## **Metod**

### **Design**

Studien utgjorde en retrospektiv tvärsnittsstudie (Polit & Beck, 2012) med data från Sveriges nationella kvalitetsregister PsykosR. Studien inkluderade data avseende 5554 unika patienter för den aktuella tidsperioden. Enligt Polit och Beck (2012) är en kvantitativ ansats lämplig för studier grundade i stora mängder data som kan uttryckas i form av siffror.

### **Urval**

Urvalet var patienter med schizofrenidiagnos, International Classification of Diseases [ICD]-10 F20.0-20.9, vilka har haft kontakt med en psykiatrisk öppenvårdsmottagning inriktad på psykossjukdom. I bilaga I beskrivs berörda diagnoser. Data baserades på registreringar som gjordes i nationella kvalitetsregistret PsykosR, under tidsperioden 1 januari 2014 - 31 december 2015. Inkluderade var män och kvinnor mellan 18-65 år som vid tidpunkten för datainsamlingen var bosatta i Sverige. De äldsta av de dubletter som framkom sorterades bort för varje berörd individ. Det genererade 5554 unika patienter för den aktuella tidsperioden.

### **Datainsamling**

Data insamlades genom det nationella kvalitetsregistret PsykosR. Data rapporterades in till PsykosR via en blankett för ny- och uppföljningsregistrering. En Case Manager fyllde i

samråd med patient i berörda uppgifter (Psykiatrireger, 2016). För att få ta del av registerdata togs kontakt med statistiker för registret samt registerhållaren. Syftet med studien samt urval presenterades. Statistikern försåg oss sedan med uppgifter i form av information avseende dataset/uppgifter om patienter deltagande i studien, metod för analysarbetet, samt värden för  $\chi^2$ -test, för logistisk regressionsanalys samt subanalyser.

Utifrån studiens syfte identifierades aktuella variabler som kunde tänkas vara av betydelse för huruvida patienten hade erhållit hälsofrämjande insatser eller ej. Kön, systolisk hypertoni, diastolisk hypertoni, BMI > 30 (gränsen för fetma), nikotinkonsumtion, medelåldern i Sverige för patienter med schizofreni baserat på data inregistrerade i PsykosR, sysselsättning, försörjning och gymnasial utbildning utgjorde de valda variablerna. Samtliga valda variabler förekommer i ny- och uppföljningsregistreringsmallen vilken låg till grund för berörd data.

## Dataanalys

Studien utgjorde en registerstudie där uppgifter inrapporterade i PsykosR låg till underlag för dataanalysen. För statistisk bearbetning användes programmet Statistical Package for the Social Sciences [SPSS] Statistics, version 23. Först genomfördes  $\chi^2$ -test för att analysera enskilda variabler relaterade till hälsofrämjande insatser. Därefter genomfördes en binominal logistisk regressionsanalys med backward elimination model, för samtliga variabler. Syftet med användandet av den logistiska regressionsmodellen var att identifiera mönster avseende predicerande faktorer för hälsofrämjande insatser. Slutligen användes  $\chi^2$ -test för att generera tre subanalyser för de variabler som i den logistiska regressionsmodellen var statistiskt signifikanta. Subanalyserna genomfördes för att analysera relationen mellan kön och hälsofrämjande insatser.  $P \leq 0,05$  (5 %) sattes som signifikansnivå för testen i studien. Samtliga variabler som inkluderades transformerades till binärt format, d.v.s. till 1 eller 0. Svartalternativ "uppgift saknas" kodades till "missing data", d.v.s. inget värde angavs i datasetet.

Logistisk regression med backward elimination model användes för att kunna inkludera alla test för variablerna i en och samma analys och ett annat mönster framträdde då än vid  $\chi^2$ -test av de enskilda variablerna. Styrkor med logistisk regressionsanalys som modell utgörs av att den beräkningsmässigt förutsätter få antaganden, att modellen inte förutsätter ett linjärt samband och att variabeln kan göras oändlig (Bjerling & Ohlsson, 2010).

Den logistiska regressionsanalysen beaktar valda variabler tillsammans och resultatet ses som en helhet där alla statistiskt signifikanta variabler bidrar till att skapa en modell med så stor förklaringskraft som möjligt för frågan om patienter med schizofrenidiagnos har fått hälsofrämjande insatser de senaste tolv månaderna eller ej (Bjerling & Ohlsson, 2010). Användandet av backward elimination model fungerade på så vis att alla variabler ingick från början och SPSS gick succesivt igenom variablernas bidrag till modellen. Om ingen signifikant påverkan förekom så plockades variabeln bort från modellen. Därefter genomförde SPSS automatiskt en ny analys utan den variabeln. Den logistiska regressionanalysen resulterade i flera värden inklusive  $\text{Exp}(B)$  som utgör oddskvoter i antilogaritmerad form.  $\text{Exp}(B)$  grundar sig i en kvot mellan värden för att hypotesen ska uppfyllas och att den inte

ska uppfyllas. Det innebär att om värdet överstiger 1 så indikerar det att hypotesen uppfylls, alltså till exempel att ålder över 55 är påverkande och inte ålder under 55. Till exempel, för sysselsättning är värdet 0,781, det innebär att hypotesen inte uppfylls utan att det motsatta, alltså att ingen sysselsättning, är påverkande (Bjerling & Ohlsson, 2010).

Chi<sup>2</sup>-test är lämpligt för test av enskilda variabler (Polit & Beck, 2012). Exp(B) presenteras för de variabler som har en statistiskt signifikant påverkan. Eftersom backward elimination model användes är de block som presenteras av mindre betydelse uträkningsmässigt eftersom de variabler som inte bidrog till modellen per automatik utgick (Bjerling & Ohlsson, 2010). Nollhypoteserna för chi<sup>2</sup>-testen bestod i att lika många av respektive kategori hade erhållit hälsofrämjande insatser under de senaste tolv månaderna.

Enskilda variabler analyserades med chi<sup>2</sup>-test. Därefter användes en binominal logistisk regressionsmodell för att kunna undersöka mönster i de dataset som analys av enskilda variabler inte kunde eller i de fall mönster på annat sätt var svåra att påvisa. I regressionsmodellen adderades prediktorvariablerna (de oberoende variablerna) i tre block. Då två grupper om två variabler kunde antas ha konceptuella likheter vilket även delvis bekräftades av korrelationsanalyser. De två senare blocken representerar då mer eller mindre homogena enheter.

### **Binominal logistisk regression**

Block genererades enligt nedan för den logistiska regressionsanalysen.

Prediktorvariabler block 1: medelålder (55 år), kön, nikotinkonsumtion så gott som dagligen och gymnasial utbildning.

Prediktorvariabler block 2: diastoliskt blodtryck > 90 (hypertoni) och systoliskt blodtryck > 140 (hypertoni)

Det andra blocket som innehöll blodtrycksvariabler inkluderades för att undvika problem med multikollinearitet. Multikollinearitet innebär att oberoende variabler har en hög grad av samband (Polit & Beck, 2012). Blocket utformades så eftersom att diastolisk och systolisk hypertoni var korrelerade med varandra (tau b = 0.24, p < 0.001). Att de oberoende variablerna samverkar, och bidrar till ökad förklaringskraft i modellen, utgör inte multikollinearitet. Till exempel systolisk hypertoni kunde bidra till en ökad förklaringskraft för könets inverkan på hälsofrämjande insatser. Det var dock inte synonymt med att påtagliga samband skulle existera mellan systolisk hypertoni och kön.

Prediktorvariabler block 3: sysselsättning, försörjning. Fokus lades vid att identifiera eventuell multikollinearitet.

### **Etik**

Studien genomfördes vid Högskolan Väst, inom programmet specialistsjuksköterska med inriktning mot psykiatrisk vård. Eftersom studien utgjorde en registerstudie skulle den enligt uppgift inte innefattas av lagen om etikprövning (Etikprövningsnämnderna, 2016). Syftet med etikprövningslagen (SFS, 2003:460) är att säkerställa att den enskilda individen är skyddad

och att individens egenvärde respekteras vid forskning. I 2 § beskrevs det vad forskning avser och där framgick det att arbeten som sker inom ramen för en högskoleutbildning på såväl grundnivå som avancerad nivå inte innefattades av etikprövningslagen. Om forskningen innefattade känsliga personuppgifter eller kunde riskera att påverka eller skada individer psykiskt eller fysiskt skulle en etikprövning enligt etikprövningslagen genomföras (SFS, 2003:460). Dock fick vi inte tillgång till rådata utan en sådan ansökan då vi var i kontakt med registerhållaren. Istället fick en statistiker anställd hos registerhållaren bistå genom att förse oss med analyserad rådata. Data inhämtades via registret PsykosR av berörd statistiker. Information kring patienter som deltog i registret var anonymiserad för oss vilket enligt Polit & Beck (2012) var en fördel sett till såväl etik som sekretess. Patienter och anhöriga utsattes inte för skada eller påfrestning. Enligt Psykiatriregister (2016) hade patienterna möjlighet att ta ställning till huruvida han eller hon ville delta i registret.

Avidentifiering av de patienter som uppgifterna berörde förhindrade att deltagarna kan få sin identitet avslöjad (Polit & Beck, 2012). Inga uppgifter som kan identifiera patienterna som beskrevs i registret fanns i de uppgifter vi mottog från statistikern. Personnummer, adress, etc. framgick inte.

## **Resultat**

Resultatkapitlet inleds med en översikt av dataset och patienter samt en allmän överblick av de patienter som ingick i datasetet. Därefter följer utfall avseende statistiskt signifikant skillnad i förhållande till om patienterna hade erhållit hälsofrämjande insatser.

### **Översikt dataset och patienter**

Det totala antalet patienter som ingick i aktuellt dataset 5553, varav 3023 över 55 år (54 %) och 2530 under 55 år (46 %). En högre andel män (62 %) än kvinnor (38 %) ingick. Fler av patienterna (76 %) hade erhållit hälsofrämjande insatser under de senaste tolv månaderna än de som inte hade gjort det (24 %). Vidare presenteras information avseende patienterna som berörd registerdata avser, givna påstående, till exempel ”över 55 år” kategoriseras i Ja (1), eller Nej (0), samt frekvens som representerar antalet patienter för det givna påståendet (tabell 1). Medelåldern för patienterna var 55,43 år (standardavvikelse (SD) 9,8 år). BMI-medelvärde för patienterna var 29,21 (SD 7,1).

**Tabell 1 - Översikt av dataset och patienter för valda variabler**

	Erhållet hälsofrämjande insatser under de senaste tolv månaderna	Var man (nej betyder var kvinna)	> 55 år (medelåldern för patienterna)	BMI > 30,0 (fetma)	Konsumerade nikotin så gott som dagligen	Diastoliskt blodtryck > 90 (hypertoni)	Systoliskt blodtryck > 140 (hypertoni)	Genomgått gymnasial utbildning	Hade sysselsättning	Egen försörjning (nej = ingen försörjning)
Ja, antal patienter (%)	4005 (76 %)	3449 (62 %)	3023 (54 %)	1832 (39 %)	2527 (49 %)	826 (19 %)	1609 (37 %)	2371 (43 %)	1626 (32 %)	961 (17 %)
Nej, antal patienter (%)	1284 (24 %)	2104 (38 %)	2530 (46 %)	2823 (61 %)	2593 (51 %)	3526 (81 %)	2744 (63 %)	3181 (57 %)	3528 (68 %)	4592 (83 %)
Antal patienter totalt	5289	5553	5553	4655	5120	4352	4353	5552	5154	5553



## Chi<sup>2</sup>-test - enskilda variabler

Chi<sup>2</sup>-testen användes för att testa hur de enskilda variablerna var relaterade till huruvida patienterna hade erhållit hälsofrämjande insatser eller ej under de senaste tolv månaderna.

Av 5289 patienter hade 78 % under medelåldern 55 år och 74 % över 55 år erhållit hälsofrämjande insatser under de senaste tolv månaderna.  $p = 0,001$  är väl under den satta signifikansnivån om  $p \leq 0,05$  vilket tydligt talade för att det förekom en skillnad som inte berodde på slumpen. Nollhypotesen kunde alltså förkastas, en statistisk skillnad indikerades förekomma. Patienter under 55 år hade i högre grad erhållit hälsofrämjande insatser.

Av 4454 patienter hade 80 % med BMI > 30 respektive 79 % med BMI < 30 erhållit hälsofrämjande insatser under de senaste tolv månaderna.  $p = 0,378$  indikerar ingen statistiskt signifikant skillnad.

Av 4919 patienter hade 78 % som brukade nikotin så gott som dagligen, respektive 75 % av de som inte gjorde det erhållit hälsofrämjande insatser under de senaste tolv månaderna.  $p = 0,07$  indikerar ingen statistisk skillnad. P-värdet överskred inte betydande den satta konfidensnivån om  $p \leq 0,05$ .

Ingen statistisk skillnad ( $p = 0,789$ ) förekom, avseende hälsofrämjande insatser, mellan patienter som hade diastolisk hypertoni och de som inte hade det (tabell 2). Inte heller mellan patienter med respektive utan systolisk hypertoni förekom någon statistisk skillnad ( $p = 0,072$ ).

**Tabell 2** - Andel som hade respektive inte hade hypertoni och som hade erhållit hälsofrämjande insatser

	Andel som hade hypertoni som hade erhållit hälsofrämjande insatser (%)	Andel som inte hade hypertoni som hade erhållit hälsofrämjande insatser (%)	p	n
Diastoliskt.	79 %	80 %	0,789	4167
Systoliskt.	78 %	80 %	0,072	4168

Av 5289 patienter hade 78 % med gymnasial utbildning, respektive 74 % utan gymnasial utbildning erhållit hälsofrämjande insatser.  $p = 0,001$  indikerar tydligt en statistisk skillnad.

De patienter med någon form av sysselsättning hade erhållit hälsofrämjande insatser i större omfattning än de som saknade sysselsättning (tabell 3). En statistisk skillnad indikeras ( $p < 0,001$ ).

**Tabell 3** - Andel med respektive utan sysselsättning som hade erhållit hälsofrämjande insatser

Andel som hade någon sysselsättning som hade erhållit hälsofrämjande insatser (%)	Andel som inte hade någon sysselsättning som hade erhållit hälsofrämjande insatser (%)	p	n
78 %	73 %	<0,001	4983

Av 5289 patienter hade 74 % med egen försörjning, respektive 76 % utan försörjning erhållit hälsofrämjande insatser.  $p = 0,192$  indikerar ingen statistisk skillnad.

### Binominal logistisk regression

Samtliga statistiskt signifikanta variabler används som en helhet för den logistiska regressionsanalysen och i konstellation med varandra indikerades erhållna hälsofrämjande insatser. Regretionsanalysen visade att en ålder överstigande medelåldern indikeras ej ha statistiskt signifikant påverkan på erhållande av hälsofrämjande insatser ( $p = 0,055$ ).  $\text{Exp(B)} = 1,178$  för att vara över medelåldern skulle predicera hälsofrämjande insatser. Att vara man indikeras ha statistiskt signifikant påverkan på erhållande av hälsofrämjande insatser ( $p = 0,018$ ).  $\text{Exp(B)} = 1,227$  för att vara man. Att ha systoliskt blodtryck överstigande 140 indikeras ha statistiskt signifikant påverkan på erhållande av hälsofrämjande insatser ( $p = 0,044$ ).  $\text{Exp(B)} = 1,185$  för att ha systoliskt blodtryck överstigande 140. Att ha sysselsättning indikeras ha statistiskt signifikant påverkan på erhållande av hälsofrämjande insatser ( $p = 0,007$ ).  $\text{Exp(B)} = 0,781$  för att ha sysselsättning indikerar att sakna sysselsättning är vad som utgör det predicerande.

Regressionsmodellen indikerade att de prediktorer med starkast relation till att ha erhållit hälsofrämjande insatser under de senaste tolv månaderna utgjordes av kombinationen av individer som var män, utan sysselsättning med systolisk hypertoni.

### Subanalyser

Här följer de subanalyser som genomfördes för de variabler som genom logistisk regression påvisas ha signifikant samband med hälsofrämjande insatser. Subanalyserna utfördes med hjälp av  $\chi^2$ -test.

Att vara man, ha systolisk hypertoni och sakna sysselsättning framkom vara statistiskt signifikanta utifrån regressionsmodellen. En subanalys gjordes för att närmare utreda sambandet till hälsofrämjande insatser samt kön som enskilda variabler.

Ingen statistisk skillnad ( $p = 0,625$ ) förekom mellan män och kvinnor relaterat till huruvida de hade erhållit hälsofrämjande insatser. Sannolikheten att män respektive kvinnor hade erhållit hälsofrämjande insatser under de senaste tolv månaderna var i princip lika (tabell 4).

**Tabell 4 - Andel män respektive kvinnor som hade erhållit hälsofrämjande insatser**

Erhållit hälsofrämjande insatser (man) (%)	Erhållit hälsofrämjande insatser (kvinna) (%)	p	n
76 %	76 %	0,625	5289

Av 3409 patienter utan sysselsättning patienter utan sysselsättning förekom en statistisk skillnad ( $p = 0,286$ ), där kvinnorna till högre andel (74 %) än männen (72 %) hade erhållit hälsofrämjande insatser.

Av 1544 patienter med systolisk hypertoni förekom en statistisk skillnad ( $p = 0,019$ ), där kvinnorna till högre andel (81 %) än männen (76 %) hade erhållit hälsofrämjande insatser.

## Diskussion

### Metoddiskussion

Det förhållandevis stora patientunderlaget bör bidra till en god återspeglning av den grupp av patienter vi önskar kartlägga avseende faktorer såsom kön, geografi, etc. Polit och Beck (2012) påtalar att ett stort urval kan bidra till en ökad sannolikhet att ett representativt urval erhålls. Då vi önskar inkludera variabler såsom sysselsättning och försörjning finner vi det lämpligt att avgränsa studien till att behandla patienter mellan 18 – 65 år. Sverige i dess helhet väljs som geografi för studien, dels eftersom att vi önskar resultat avseende hela landet och dels för att vi vill säkerställa ett stort urval.

Eftersom rapporteringen av hälsofrämjande insatser precis hade påbörjats 2013 finner vi det lämpligt att välja åren 2014 och 2015. Utöver det var inrapporteringen som störst i PsykosR under dessa år.

Aktuella variabler väljs ut framförallt eftersom att de enligt litteraturen predicerar vård- och omvårdnadsinsatser. För några av de valda variablerna saknas uppgifter i litteraturen om dess eventuella inverkan på vård- och omvårdnadsinsatser men genom resonemang finner vi en hög sannolikhet i att de variablerna skulle kunna bidra till en ökad förklaringskraft för huruvida patienter med schizofreni har erhållit hälsofrämjande insatser eller ej. Socialstyrelsen (2011b) betonar att inkomst är en predicerande faktor för hälsa, därför väljer vi att inkludera sysselsättning och försörjning. Patienter med låg utbildningsnivå framgår enligt Socialstyrelsen (2011b) få insatser till lägre andel. Socialstyrelsen (2011b) nämner även att utbildningsnivå är direkt sammankopplad med graden av dödlighet bland patienter, samt påtalas en tydlig koppling mellan utbildningsnivå och i vilken omfattning patienter erhåller vård och omsorgsinsatser och vilken typ av insatser de får. Individer med högre utbildning anges få fler och mer välanpassade former av insatser. Därför inkluderar vi gymnasial utbildning som en variabel. Låg utbildningsgrad framgår ofta vara förenad med låg inkomst och kan resultera i ohälsosamma matvanor (Wärdig, Bachrach-Lindström, Foldemo, Lindström & Hultsjö, 2013; Hultsjö & Brenner Blomqvist, 2013). Vi finner det därför passande att inkludera BMI > 30 som en variabel. Patienter med psykisk ohälsa anges ha en

ökad risk för hjärt- och kärlsjukdom, som kan relateras till en ökad förekomst av fetma, hypertoni samt diabetes (Gibson, Carek & Sullivan, 2011). Därför vill vi inkludera systolisk och diastolisk hypertoni. Patienter med psykosjukdom är överrepresenterade avseende nikotinkonsumtion (Hultsjö & Brenner Blomqvist, 2013), av den anledningen inkluderar vi det som en variabel.

De valda variablerna inverkar på resultatet från den logistiska regressionsanalysen. Om andra variabler hade valts, eller om variabler hade tagits bort eller lagts till hade resultatet sannolikt sett annorlunda ut eftersom variablerna samverkar (Bjerling & Ohlsson, 2010). Valda gränsvärden för variablerna är medelåldern i Sverige för patienter med schizofreni baserat på data inregistrerade i PsykosR, gränsen för fetma, samt gränsen för hypertoni systoliskt respektive diastoliskt. Det är inte självskrivet att dessa valda gränsvärden är de som har störst effekt på det syfte vi vill utreda i studien. Dock känns det relevant att välja just dessa gränsvärden då de motsvarar värden för vedertagna kategoriseringar som förekommer i det svenska samhället.

Chi<sup>2</sup>-testen indikerar till exempel att utbildning har en statistiskt signifikant påverkan på om patienter erhåller hälsofrämjande insatser eller ej. Den binominala logistiska regressionsmodellen däremot kan inte tillstyrka en statistisk skillnad vad gäller denna variabel. Här framkommer alltså att chi<sup>2</sup>-testen och den binominala logistiska regressionsanalysen resulterar i skilda utfall. Det är dock betydande att beakta att resultatet av den logistiska regressionsanalysen behöver ses som en helhet och enskilda variabler kan inte betraktas separat och dras slutsatser kring (Bjerling & Ohlsson, 2010). Därför kan inte enskilda variabler sållas ut från regressionsmodellen och jämföras direkt mot resultat från chi<sup>2</sup>-testen. Ytterligare ett exempel på att olika resultat erhålls är att systolisk hypertoni framgår i den logistiska regressionsanalysen ha en statistiskt signifikant förklaringskraft i modellen, enligt chi<sup>2</sup>-test har systolisk hypertoni inte statistisk påverkan på hälsofrämjande insatser.

## **Validitet**

Djurfeldt et al. (2010) påtalar att formulering av frågor och påståenden är av stor betydelse. Om dessa är otydliga riskerar det att bidra till minskad validitet för studien. Ett exempel är att det i ny- och uppföljningsregistreringsmallen framgår att frågeområdet ”erhållit hälsofrämjande insatser” avser de senaste tolv månaderna. Hade det inte framgått hade det riskerat att betydande påverka berörd data.

Initialt mottar vi besked om att en etikansökan ej ska krävas för att få ta del av berörd data. Det visar sig dock vara felaktig information och vi får inte ta del av rådata från PsykosR. Det leder till att vi får ta stöd av en statistiker, som är verksam för registret, i dataanalysarbetet. En nära kontakt mellan oss och berörd statistiker är aktuell såväl före som efter det att vi mottar berörda uppgifter. Korrespondens via e-post samt flera telefonmöten sker i syfte att förhindra informationsförluster i överföringen oss sinsemellan.

Enligt Polit och Beck (2012) finns olika typer av validitet, intern och extern. Intern validitet berör bland annat huruvida mätinstrumentet mäter det avsedda. Det innebär alltså att faktorer

såsom slump inte ska inverka på resultatet. Det säkerställs enligt Polit och Beck (2012) genom att beakta om urvalsgruppens och kontrollgruppen sammansättning är lika. Eftersom underlaget i PsykosR är det mest omfattande underlag som finns i Sverige kring psykosvård saknas möjlighet att jämföra mot en kontrollgrupp. Det skulle kunna ses som en potentiell svaghet i studien. Dock kan bland annat noteras att andelen män i studien är fler till antalet än kvinnor. Ottosson (2009) påtalade att enbart 1 % skilde mellan antalet män och kvinnor som får schizofreni. Då män vanligtvis insjuknar tidigare än kvinnor och att kvinnor överlag blir symptomfria tidigare (Riecher-Rössler & Häfner, 2000) kan detta ses som stöd för att det bör finnas data om fler män än kvinnor i PsykosR för en given tidsperiod. Enligt Polit och Beck (2012) avser extern validitet generaliserbarhet.

Innehållsvaliditet avser enligt Polit och Beck (2012) att det framgår att det avsedda mäts. Eftersom att det är vårdgivande personal som rapporterar in berörd data och berörd data avser deras vård och omvårdnad av patienten bör det bidra till en ökad grad av validitet jämfört med om någon annan hade skött inregistreringen. PsykosR drivs enligt Psykiatriregister (2016) av såväl statistiker som vård- och omvårdnadspersonal. Ny- och uppföljningsregistreringsmallen har högst troligen utformats i samförstånd mellan statistiker och vårdpersonal, även det bör bidra till en ökad validitet.

### **Reliabilitet**

Enligt Polit och Beck (2012) avser reliabilitet att mätningen sker på ett tillförlitligt sett. Reliabiliteten påverkas av graden av påträffade variationer vid upprepade mätningar. Ju mindre variationer desto högre är reliabiliteten. I den aktuella studien sker delvis upprepade mätningar genom att en stor del av patienterna deltar i två registreringar under berörd tidsperiod, antingen nyregistrering och uppföljningsregistrering, eller två uppföljningsregistreringar. Dock beaktas enbart den senare av de två registreringarna i studien. Anledningen är att undvika att en och samma patients data förekommer två gånger, om än med något annorlunda värden. Hade data presenterats från flera tillfällen hade det riskerat att bidra till en överrepresentation av vissa patients data. Polit och Beck (2012) beskriver även ett begrepp kallat precision och det utgör enligt dem ett betydande moment i säkerställandet av reliabiliteten för en given studie. Precision handlar om att mätfel och likartad problematik är borttagen eller beaktad efter bästa förmåga. I studien beaktas multikollinearitet. Vald analysmetod det möjligt att identifiera vad som är statistiskt signifikant och vad som är relaterat till slump (Polit & Beck, 2012). En förutsättning för ett tillförlitligt resultat från den logistiska regressionsmodellen är att valda oberoende variabler bidrar ändamålsenligt till modellen och att inga betydelsefulla variabler saknas. Det är ett arbete som aktivt bedrivs i studien och den logistiska regressionsmodellen torde representera verkligheten ändamålsenligt. Reliabiliteten vad avser precisionen bör därför vara god.

### **Generaliserbarhet**

I syfte att uppnå en hög grad av generaliserbarhet försöker vi att så tydligt som möjligt beskriva vårt förfarande. Enligt Socialstyrelsen (2013) behöver uppskattningsvis 30 000 – 40 000 individer i samhället någon form av insatser till följd av sin schizofreni. Enligt Färdig och Wieselgren (2015) framkommer att antalet nyregistreringar i PsykosR för 2014 uppgår till

ca 8 000 patienter, vidare framgår att PsykosR har ett internt ställt mål om 20 000 nyregistreringar i syfte att kunna säga att majoriteten av de patienter som lider av allvarliga psykoser och som behandlas inom den psykiatriska vården är registrerade i registret. Registreringsfrekvensen får alltså anses låg. Dock ska beaktas att det i registret ändå registreras data om en betydande mängd patienter och att det bör bidra till en hög grad av generaliserbarhet. Vårt urval utgörs av en förhållandevis stor andel av de som vårdas för schizofreni. Eftersom det inte är patienterna själva som utför rapporteringen bör det bidra till att förhindra risken att data om särskilt sjuka patienter inte rapporteras in. Överlag så har rapporteringen i registret enligt Färdig och Wieselgren (2015) sedan dess start betydande ökat. Att berörd data avser patienter över 18 år gör att studien saknar generaliserbarhet vad avser de fåtal patienter som har schizofreni och är under 18 år. Berörd data avser heller ej patienter över 65 år vilket medför avsaknad generaliserbarhet vad avser den gruppen, det särskilt som att individer med schizofreni överlag avlider tidigare än övriga individer i samhället. Det är alltså troligt att ytterligare faktorer som påverkar individens hälsa tillkommer efter att de har fyllt 65 år som inverkar på i vilken grad patienten får hälsofrämjande insatser.

### **Tillämpning av forskningsetiska principer och de egna etiska ställningstagandena**

Eftersom studien genomförs vid en högskola och inom ramen för en magisterutbildning så ska studien inte innefattas av lagen om etikprövning (Etikprövningsnämnderna, 2016; SFS, 2003:460). En sådan ansökan visar sig trots detta krävas från registerhållaren, därför blir vi försedda med analyserade data från en statistiker verksam för registerhållaren. I dessa data framgår inte personuppgifter eller annan känslig och identifierande data såsom adress eller namn, vilket kan föranleda behov av etikprövning (Etikprövningsnämnderna, 2016; Polit & Beck, 2012). Etikprövningslagen syftar till att skydda den enskilda individen och att individens egenvärde respekteras då forskning bedrivs (SFS, 2003:460). Genom genomförd anonymisering innan vi tar del av berörd data finner vi att detta noga beaktas. Vidare framgår i etikprövningslagen (SFS, 2003:460) att en betydande del av lagstiftningen består i att säkerställa att individer inte riskerar att påverkas eller skadas varken psykiskt eller fysiskt genom risk för identifiering. Ytterligare en aspekt avseende patientsäkerheten handlar om datasäkerhet (SFS, 2003:460). Data som inte har anonymiserats skickas inte mellan olika datorer och hanteras enbart av registerhållaren samt berörd statistiker. Informerat samtycke utgör en del av registreringsprocessen, de patienter som registrets data berör får ge sitt medgivande till att berörd data lagras i registret.

### **Resultatdiskussion**

Resultatet från den logistiska regressionsanalysen indikerar att vara man, sakna sysselsättning och ha systolisk hypertoni tillsammans är predicerande faktorer för att erhålla hälsofrämjande insatser. Resultatet från subanalys i form av  $\chi^2$ -test indikerar ingen skillnad mellan män och kvinnor relaterat till hälsofrämjande insatser.

Det existerar lite eller ingen litteratur kring relationen mellan hälsofrämjande insatser, schizofreni/psykosdiagnoser, kön och som berör Sverige. Litteratur som behandlar delar av dessa aspekter existerar dock. Kunskapscentrum för Jämlig vård (2012) påtalar att det

existerar en skillnad mellan vilket behov av hälsofrämjande insatser män och kvinnor med psykosjukdom har. Behovet framgår överlag vara olika lätta att tillförse. Sveriges Kommuner och Landsting (2014) konstaterar att det förekommer skillnader i vilka råd män och kvinnor får avseende hälsa.

Schröder och Björk (2012) finner i sin studie en påtaglig skillnad mellan mäns och kvinnors sjukdomsinsikt, enbart 36 % av männen men 66 % av kvinnorna har sjukdomsinsikt. Eftersom männen i högre grad saknar sjukdomsinsikt torde det bidra till en minskad välvilja att erhålla hälsofrämjande insatser. Resultatet för enskilda variabler indikerar dock igen skillnad mellan män och kvinnor vad avser erhållande av hälsofrämjande insatser. Typ-personen, i regressionsanalysen, för att ha erhållit hälsofrämjande insatser inkluderar att vara man som predicera för erhållandet.

Sveriges Kommuner och Landsting (2014) påtalar att det finns flera tecken på att hälso- och sjukvården är bristande vad avser jämställdhet. Det berör bland annat mindre tillgång till dyra läkemedel för kvinnor, samt att kvinnor oftare upplever sig kränkta inom hälso- och sjukvården. De nämner även att en utmaning finns i att ta ställning till när insatserna ska anpassas efter kön eller ej för att lika god vård ska erbjudas både män och kvinnor. Det visar tydligt att insikt finns bland svenska vårdgivare gällande olika vårdbehov för kvinnor respektive män. Det förekommer vissa könsspecifika råd inom vården och de berör bland annat hjärt- och kärlsjukdom, men för patienter med schizofreni saknas råd. Enligt Kunskapscentrum för Jämlik vård (2012) skiljer sig kvinnors och mäns behov av hälsofrämjande insatser åt. De menar vidare att kvinnors behov av insatser i högre grad utgörs av samtal. Vi vill dock betona att det är av betydelse att se till den enskilda individen även om den initiala bedömningen skulle kunna ta utgångspunkt i kön. Det är av stor vikt att den personcentrerade vården även får ett betydande utrymme inom denna del av vården och omvårdnaden i Sverige. Enligt Hultsjö och Hjelm (2012a) bör hälsofrämjande insatser ses som kontinuerliga uppföljningar och samverkan mellan psykiatrisjuksköterskan och exempelvis vårdpersonal inom somatisk vård är viktig för att skapa en helhetssyn. Antonovsky (1974) belyser vikten av att ur ett salutogent perspektiv beakta såväl biologiska, psykologiska som sociologiska faktorer avseende patientens hälsa i syfte att åstadkomma ett sådant helhetsperspektiv.

Gelberg, Pederson och Greaves (2011) nämner att flera feministiska kritiker ser en problematik i att kön inte är en faktor som beaktas i internationellt vedertagna ramverk för hälsofrämjande insatser. Sannolikt grundar sig denna kritik i att vården skulle vara mer anpassad för mäns än kvinnors behov. De understryker betydelsen av att inte beakta kön som en ensam faktor i det hälsofrämjande arbetet utan att även se till hur kön påverkar och påverkas av andra faktorer.

Schön (2010) beskriver att kvinnorna fokuserar på meningsskapande och förståelse i processen i form av förståelse för sig själva och de bakomliggande orsakerna till att de har blivit sjuka. Männen däremot fokuserar på att ha kontroll över och kunskap om sina symtom och vill i linje med stereotypa könsroller visa sig självständiga. Hon nämner även att patienterna upplever att det svenska vårdssystemet framförallt är anpassat för mäns

återhämtning. Fokus ligger vid medicinering och fysiska insatser och till mindre grad vid samtal och stöttning. Många av kvinnorna visar sig föredra samtal och stöttning, det till skillnad från männen.

Sammantaget tycks berörd litteratur tyda på att könsskillnader förekommer vad avser vård, omvårdnad och behov av insatser. Det är i motsats till att resultatet för enskilda variabler inte indikerar några skillnader mellan män och kvinnor relaterat till hälsofrämjande insatser. Resultatet av den logistiska regressionsmodellen indikerar dock att kön utgör en predicerande faktor för hälsofrämjande insatser, dock i kombination med systolisk hypertoni och ingen sysselsättning.

I Sverige ska lika god vård och omvårdnad ges till patienter oavsett kön (Sveriges Kommuner och Landsting, 2014). Hälsobegreppet inkluderar mer än avsaknad av sjukdom och en förutsättning för att så många patienter som möjligt ska kunna uppleva psykiskt och fysiskt välbefinnande är att vård och omvårdnad ges på lika premisser för män och kvinnor (World Health Organization, 2014). Det är därför viktigt att män och kvinnor får samma möjlighet till hälsofrämjande insatser och därmed möjlighet till en normal vardag avseende produktivitet.

Eftersom det tycks finnas ett medvetet tänkande kring hur patienter ska behandlas och bemötas utifrån kön finner vi det egendomligt att det inte förekommer fler och tydligare riktlinjer kring hur bedömning, bemötande, etc. initialt kan ske utifrån kön inom psykiatrisk vård.

Kombinationen av att vara man, sakna sysselsättning och ha systolisk hypertoni framgår i den logistiska regressionsmodellen vara predicerande faktorer för huruvida patienter med schizofrenidiagnos har erhållit hälsofrämjande insatser eller ej. Att vara man indikeras tydligt utgöra en predicerande faktor för att erhålla god vård och omvårdnad enligt litteraturen. Sveriges Kommuner och Landsting (2014) påtalar att stereotypa bilder av de olika könen återspeglas i hur läkare bemöter patienter, deras sjukdomsberättelse och vårdbehov. Samt beskrivs kvinnor generellt ha mer hälsosamma levnadsvanor, det består bland annat i mer positiv inställning till fysisk aktivitet, bättre kosthållning, samt lägre grad av nikotinbruk. Här framgår alltså tydligt att skillnader förekommer vad gäller patienternas behov och önskemål, men även bemötande från vårdgivare utifrån kön. Systolisk hypertoni har en direkt relation till sådana hälsosamma levnadsvanor.

Test av enskilda variabler kan inte påvisa någon skillnad mellan patienter med respektive utan systolisk hypertoni relaterat till hälsofrämjande insatser. Men enligt regressionsmodellen ingår dock systolisk hypertoni som en variabel med statistiskt signifikant förklaringskraft till modellen. Socialstyrelsen (2011a) har rekommendationer kring ohälsa och hälsofrämjande arbete, de handlar om att stödja patienter att ändra ohälsosamma levnadsvanor, relaterade till systolisk hypertoni, såsom brist på fysisk aktivitet samt osunda matvanor. Brunt och Hansson (2005) betonar vikten av att med hjälp av empowerment ge patienten stöd i att utveckla sina egna resurser och förmågor för att uppnå satta mål. Samt att verka för att patientens självbestämmande och delaktighet i vården. Antonovsky (1974) understryker betydelsen av att fokusera på individens resurser snarare än hinder. Hultsjö och Hjelm (2012b) nämner att det är viktigt att psykiatrisjuksköterskan försöker inge tilltro till patientens förmåga för att



denne ska följa givna råd. Psykiatrisjuksköterskan har enligt Happel et al. (2011) en betydelsefull roll i det hälsofrämjande arbetet med individer med psykisk funktionsnedsättning gällande identifiering av hälsorisker och i att ge hälsoråd. Enligt Brunero och Lamont (2010) krävs motivation att förändra levnadsvanor, psykiatrisjuksköterskan har en uppgift i att stödja patienter i att förstå och kunna uttrycka möjliga hälsorisker. Råd förekommer till psykiatrisjuksköterskan och övriga vård/omvårdnadsgivare och ett aktivt sådant arbete bedrivs av psykiatrisjuksköterskor överlag (Svedberg, Arvidsson, Svensson & Hansson, 2008; Casey, 2007; Whitehead, 2006; Brunt & Hanson, 2005; Buchanan, 2006).

Kombinationen av mäns mindre hälsosamma levnadsvanor och effekten av att kvinnor ofta erfar lägre blodtryck i form av läkemedelsbiverkan torde riskera att orsaka viss multikollinearitet mellan män och systolisk hypertoni. Ett sådant resonemang kan dock inte tillstyrkas statistiskt i studien. Dock är det sannolikt så att det i enlighet med regressionsmodellens resultat är en kombination av faktorerna män, systolisk hypertoni och ingen sysselsättning som predicerar hälsofrämjande insatser. Det är dock något som är skilt från multikollinearitet. Subanalys av variablerna kön och systolisk hypertoni enligt  $\chi^2$ -test indikerar en statistiskt signifikant påverkan på hälsofrämjande insatser. Med detta i åtanke finner vi det sannolikt att resultatet från den logistiska regressionsmodellen bör vara tillämpligt, att systolisk hypertoni utgör en predicerande faktor men i kombination med att vara man och sakna sysselsättning.

Hultsjö och Brenner Blomqvist (2013) påtalar att patienter med psykossjukdom är överrepresenterade vad avser nikotinkonsumtion. Dock indikerar denna studie ingen relation mellan nikotinkonsumtion och hälsofrämjande insatser. Eftersom nikotinkonsumtion är vanlig bland den här patientgruppen torde det sannolikt att nikotinkonsumtionen bland patienterna blir normaliserad och att den därmed inte medför olika bemötande.

Test av enskilda variabler indikerar tydligt en skillnad mellan patienter med respektive utan sysselsättning, där patienter med sysselsättning i högre grad har erhållit hälsofrämjande insatser under de senaste tolv månaderna. Resultatet från den logistiska regressionsanalysen antyder dock det motsatta – patienter utan sysselsättning ingår i den konstellation som har starkast koppling till hälsofrämjande insatser. Socialstyrelsen (2011b) betonar att inkomst är en predicerande faktor för hälsa, med det i åtanke kan förmodas att patienter utan sysselsättning har fler hälsoproblem överlag och det borde bidra till ett ökat fokus på dessa patienters behov av hälsofrämjande insatser eftersom behovet överlag är större. Dock ska det klargöras att begreppet sysselsättning inom kontexten för vår studie ej endast avser arbete utan även inkluderar utbildning, skyddad verksamhet och arbetsrehabilitering, alltså sådan sysselsättning som inte lika tydligt inverkar på patientens kortsiktiga ekonomiska förutsättningar. Samtidigt indikerar sysselsättning en högre funktionsnivå hos patienten vilket skulle kunna bidra till en ökad förmåga att efterfråga hälsofrämjande insatser. Enligt Happel et al. (2011) får psykiatrisjuksköterskan råd om att identifiera unika risker för den givna patienten, vid en ökad funktionsgrad minskar riskerna vilket torde bidra till ett minskat behov av hälsofrämjande insatser och minskat engagemang från vårdgivarna. Enligt subanalys framgår att konstellationen kön och ingen sysselsättning saknar en statistiskt signifikant

relation till hälsofrämjande insatser. Det innebär att en ökad förklaringskraft erhålls före regressionsmodellen genom en kombination mellan ingen sysselsättning och systolisk hypertoni. Sett ur ett helhetsperspektiv borde patienter utan sysselsättning få ökad uppmärksamhet och hälsofrämjande insatser till högre andel i likhet med resultatet från den logistiska regressionsanalysen.

## **Slutsats**

Studien indikerar att vara man, ha systolisk hypertoni och sakna sysselsättning predicerar hälsofrämjande insatser. Resultatet från den logistiska regressionsanalysen förefaller tillförlitligt. Kön framkom, för enskilda variabler, inte ha påverkan på huruvida patienten hade erhållit hälsofrämjande insatser eller ej under de senaste tolv månaderna. Dock framgår enligt den logistiska regressionsmodellen att kön i kombination med variablerna ingen sysselsättning och att ha systolisk hypertoni utgör predicerande variabler för hälsofrämjande insatser. Nikotinkonsumtion torde ej utgöra en predicerande faktor för erhållande av hälsofrämjande insatser. Varken BMI > 30 eller diastolisk hypertoni indikeras ha en relation till hälsofrämjande insatser.

Eftersom könsspecifika råd till stor del saknas inom psykiatrisk vård och omvårdnad upplever vi en oro över att den individanpassade vården och omvårdnaden riskeras genom att könsspecifika faktorer inte beaktas. Om sådana råd skulle utformas är det dock viktigt att poängtera att skillnader mellan man och man, och kvinna och kvinna behöver beaktas, men även att kategorisering inte sker strikt av patienterna i man eller kvinna. Sådana råd skulle troligtvis kunna vara en hjälp framförallt i den initiala bedömningen som avser patientens behov av hälsofrämjande insatser. Relaterat till det uppkommer frågan om hur jämlik vård och omvårdnad kan erhållas inom den svenska vården och omvårdnaden av patienter med schizofrenidiagnos. Jämställdhetsbegreppet inom jämlik vård innebär att män och kvinnor ska få lika god vård och omvårdnad, inte att de ska få samma typ av vård och omvårdnad. Av den anledningen finner vi det viktigt att beakta eventuella könsspecifika faktorer för att män och kvinnor ska få lika god vård och omvårdnad. Det är dock viktigt att ett förhållningssätt utifrån personcentrerad vård inte går förlorat, utan att könsspecifika råd istället kan ses som ett komplement och framförallt i den initiala bedömningen av patienten. Hälsofrämjande insatser utgör en viktig hjälp i att få patienter att få till stånd livslånga livsstilsförändringar.

## **Kliniska implikationer**

Resultatet av studien indikerar att det sannolikt förekommer könsskillnader avseende hälsofrämjande insatser för patienter med schizofrenidiagnos, där kombinationen man, ingen sysselsättning och har systolisk hypertoni tillsammans utgör typ-personen för att ha erhållit hälsofrämjande insatser. Det tyder på att psykiatrijuksköterskan inom psykosvården sannolikt behöver lägga extra vikt vid att eftersträva lika god vård och omvårdnad oberoende av kön. Det är dock samtidigt viktigt att belysa att vård- och omvårdnadsbehovet förefaller olika, vad avser dess art, kvinnor och män sinsemellan. Hälso- och sjukvården tenderar idag att vara inriktad på medicinering och fysiska insatser, samtidigt upplever många kvinnor med schizofrenidiagnos ett behov av samtal som kompletterande behandlingsform. Om

könsspecifika råd för den psykiatriska vården i större omfattning skulle tas fram för initiala bedömningar är det betydelsefullt att påtala vikten av att även fortsättningsvis beakta individuella faktorer. Beaktande av könsspecifika faktorer i den initiala behovsbedömningen torde kunna bidra till att en korrektare bedömning av behovet av hälsofrämjande insatser, samt resulterar det i en mer effektiv bedömningsprocess och mer ändamålsenliga insatser. På så vis skulle risken kunna minskas att patienten får fel typ av hälsofrämjande insatser eller insatser senare än nödvändigt. Ur ett större perspektiv torde könsspecifika råd, om de används som ett komplement till dagens råd, kunna bidra till en mer patientsäker vård och omvårdnad. Snabbare fastställande av behovet av hälsofrämjande insatser skulle kunna resultera i minskade kostnader för dessa insatser och medföra att de ekonomiska medlen blir tillgängliga för andra typer av insatser eller vård, eller en ökad grad av hälsofrämjande insatser. På så vis säkerställs att så många patienter som möjligt får så god vård som möjligt för de resurser som finns att tillgå inom hälso- och sjukvården i Sverige.

### **Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom specialistsjuksköterskans kompetensområde**

Det finns stor potential för kunskapsutveckling inom kompetensområdet omvårdnad relaterat till schizofrenidiagnos och andra psykosjukdomar. Det framkommer vid genomförandet av studien att det finns brist på forskning vad gäller psykosjukdom eller specifikt schizofrenidiagnoser relaterat till hälsofrämjande insatser i Sverige. Hälsofrämjande insatser är en viktig del av kompetensområdet omvårdnad. Arbetet med studien resulterar i en ökad förståelse för hur viktiga hälsofrämjande insatser är för patienter med schizofrenidiagnoser då deras levnadsvanor medför livsstilssjukdomar. Då tidigare studier inom det specifika området saknas så är fler studier inom området önskvärt, på så vis kan en tydligare bild ges av huruvida resultatet av denna studie kan tillstyrkas eller ej.

Det finns även möjlighet till kunskapsutveckling avseende patienter med schizofrenidiagnos relaterat till kön och jämlik vård, samt avseende vilka faktorer som predicerar hälsofrämjande insatser för patienter med schizofrenidiagnos. Resultatet i studien indikerar att det existerar könsskillnader avseende hälsofrämjande insatser för patienter med schizofrenidiagnos, i kombination med att sakna sysselsättning och ha systolisk hypertoni. Därför skulle det vara intressant och givande med forskning som syftar till att identifiera vad som fungerar bra respektive mindre bra avseende jämställd vård. Även områdena sysselsättning och systolisk hypertoni behöver ytterligare kartläggas i förhållande till hälsofrämjande insatser för patienter med schizofrenidiagnos. På så vis skulle nutida arbetssätt kunna förändras och i ökad omfattning gagna jämlik vård. Det hade varit givande med forskning som jämför olika landsting avseende könsskillnader och hälsofrämjande insatser för patienter med schizofrenidiagnos. Studier som beaktar antalet tillfällen patienter med schizofrenidiagnos har erhållit hälsofrämjande insatser torde kunna resultera i mer utförliga resultat, det förutsätter dock att en sådan inrapportering påbörjas i PsykosR.

Ytterligare studier i förutsättningar för män respektive kvinnor och deras behov borde kunna bidra till en bättre förståelse för hur män och kvinnor ska kunna erhålla ändamålsenliga hälsofrämjande insatser.

Studien har beaktat diagnoserna F.20.0 – F.20.9 vilka avser schizofrenidiagnoser. Liknande studier som beaktar övriga psykosdiagnoser saknas utifrån vår utredning. Framtida forskning skulle kunna utreda om ett annat mönster skulle framträda för övriga psykosdiagnoser såsom schizotypa och schizoaffektiva diagnoser samt vanföreställningssyndrom.

## Referenser

- Antonovsky, A. (1974). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass
- Bhugra, D., Till, A., & Sartorius, N. (2013). What is mental health? *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), 3-4. doi: 10.1177/0020764012463315
- Bjerling, J., & Ohlsson, J. (2010). *En introduktion till logistisk regressionsanalys* (arbetsrapport nr. 62). Göteborg: Institutionen för journalistik, medier och kommunikation, Göteborgs universitet.
- Bradshaw, T., & Pedley, R. (2012). Evolving role of mental health nurses in the physical health care of people with serious mental health illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(3), 266-273. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00818.x
- Brown, S., Kim, M., Mitchell, C., & Inskip, H. (2010). Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 196(2), 116-121. doi: 10.1192/bjp.bp.109.067512
- Brunero, S., & Lamont, S. (2009) Systematic screening for metabolic syndrome in consumers with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(2), broen144-50. doi: 10.1111/j.1447-0349.2009.00595.x
- Brunt, D., & Hansson, L. (2005). *Att leva med psykiska funktionshinder- livssituation och effektiva vård-och stödinsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Buchanan, D. (2006) A New Ethic for Health Promotion: Reflections on a Philosophy of Health Education for the 21st Century. *Health Education and Behavior*, 33(3), 290-304. doi: 10.1177/1090198105276221
- Campellone, T. R., Caponigro, J. M., Kring, A. M. (2013) The power to resist: The relationship between power, stigma, and negative symptoms in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 215(2), 280-285 doi: 10.1016/j.psychres.2013.11.020
- Casey, D. (2007). Findings from non-participant observational data concerning health promoting nursing practice in the acute hospital setting focusing on generalist nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 580-592. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01557.x
- Cullberg, J. (2005). *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur och kultur
- Djurfeldt, G., Larsson, R., Stjärnhagen, A. (2010). *Statistisk verktygslåda 1*. Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson (2012). *Statistik för hälsovetarna*. Lund: Studentlitteratur.
- Etikprövningsnämnderna (2016). *Vetenskapsrådets författningssamling*. Hämtad 2016-01-20 från <http://www.epn.se/centrala-etikproevningsnaemnden/anslagstavla/vetenskapsraadets-foerfattningssamling/>

Foley, D., Morley, K. (2011) Systematic review of early cardio metabolic outcomes of the first treated episode of psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 68(6), 609– 616. doi: 10.1177/000486741456476

Färdig, R., & Wieselgren, I-M. (2015) *Årsrapport 2014 – Nationellt kvalitetsregister för psykosvård* (Årsrapport, 2014). Hisings Kärra: Litorapid.

Gelb, K., Pederson, A., & Greaves, L. (2011). How have health promotion frameworks considered gender? *Health Promotion International*, 27(4), 445-52. doi: 10.1093/heapro/dar087.

Gibson, M., Carek, P. J., & Sullivan, B. (2011). Treatment of co-morbid mental illness in primary care: How to minimize weight gain, diabetes, and metabolic syndrome. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 41(2), 127–142. doi: 10.2190/PM.41.2.c

Happell, B., Platania-Phung, C., Gray, R., Hardy, S., Lambert, T., McAllister, M., Davies, C. (2011) A role for mental health nursing in the physical health care of consumers with severe mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(8), 706-711. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01666.x

Hedelin, B., & Standmark, M. (2001) The meaning of mental health from elderly women's perspectives: a basis for health promotion. *Perspectives in Psychiatric Care*, 37(1), 7-14. doi:10.1111/j.1744-6163.2001.tb00611.x

Hultsjö, S., & Brenner Blomqvist K (2013) Health conceptions and achievements to attain health as described by individuals with psychoses. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(9), 665-672. doi: 10.3109/01612840.2013.794178

Hultsjö, S., & Hjelm, K. (2012a) Organizing care for persons with psychotic disorder and or risk of Type 2 DM. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 19(10), 891-902. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01874.x

Hultsjö, S., & Hjelm, K. (2012b) Community health care staff experiences of support to prevent Type 2 diabetes among persons with psychosis. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 21(5), 480-489. doi:10.1111/j.1447-0349.2012.00820.x

Humberstone, V. (2002). The experiences of people with schizophrenia living in supported accommodation: a qualitative study using grounded theory methodology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(3), 367–372. doi: 10.1046/j.1440-1614.2002.01034.x

Hummelvoll, J. K. (2005). *Helt- ikke stykkvis og delt*. Oslo: Gyldendal

Ko, C-J., Smith, P., Liao, H-Y., Chiang, H-H.(2013) Searching for reintegration: life experiences of people with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3), 394–401, doi: 10.1111/jocn.12169

- Kunskapscentrum för Jämlik vård, hälso- och sjukvårdsavdelningen, Västra Götalandsregionen. (2012). *Köns- och genuskillnader vid psykostillstånd och psykosvård - en kunskapsöversikt*. Västra Götalandsregionen.
- Lambert, T (2009) The medical care of people with psychosis: Early detection and prevention applies to medical comorbidity as well as psychiatric symptoms. *Medical Journal Australia*, 190(4), 171-172. doi: 10.1017/S0033291709991346
- Magyary, D. (2002) Positive mental health: A turn of the century perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 23(3), 331–349. doi: 10.1080/0161284029005255 0
- Mestdagh, A., & Hansen, B. (2013). Stigma with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Social psychiatry and psychiatric Epidemiology*, 49(1), 79-87. doi:10.1007/s00127-013-07294
- Meyer, N., & MacCabe, J.H. (2012) Schizophrenia. *Medicine*, 40(11), 586-590. doi: 10.1016/j.mpmed.2012.08.002
- Nationella kvalitetsregister. (2013) *Psykosjukdomar*. Hämtad 2015-12-30, från <http://www.kvalitetsregister.se/hittaregister/registerarkiv/psykosjukdomar.202.html>
- Nationella kvalitetsregister. (2014). *Certifieringsnivåer*. Hämtad 2015-12-30, från <http://www.kvalitetsregister.se/drivaregister/certifieringsnivaer>
- Oberle, K., & Allen, M. (2001). The Nature of Advanced Practice Nursing. *Nurse Outlook*, 49(3), 148-153. doi: 10.1067/mno.2001.112959
- Ochoa, S., Usall, J., Cobo, J., Labad, J., & Kulkarni, J. (2012). *Psychosis and Gender*. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2012, 1-2. doi: 10.1155/2012/694870
- Ottosson, J-O. (2009). *Psykiatri*. Stockholm: Liber
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice, Ninth Edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Psykiatriregister (2016). *Register*. Hämtad 2016-01-08, från <http://www.psykiatriregister.se/content/om-kvalitetsregister-0>
- Registercentrum. (2015). *Psykiatriregister*. Hämtad 2015-12-30, från <http://www.psykiatriregister.se/content/psykosr-0>
- Riecher-Rössler, A., & Häfner, H. (2000). Gender aspects in schizophrenia: Bridging the border between social and biological psychiatry. *Acta Psychiatry Scandinavia*, 102(407), 58-62. doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.00011.x
- Robson, D., & Gray, R. (2007). Serious mental illness and physical health problems: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 44(3), 457-466. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.07.013

Rüsch, N., Evans-Locko, S., & Thornicroft, G. (2012). What is mental illness? Public views and their effects on attitudes and disclosure. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(7), 641-650. doi: 10.1177/0004867412438873

Salokangas, R.K.R., & Stengård, E. (1990). Gender and short-term outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 3(5-6), 333-345. doi: 10.1016/0920-9964(90)90019-4

SBU- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2015). Åtgärder för att stödja personer med schizofreni att förändra ohälsosamma levnadsvanor. Hämtad 2015-12-11, från [http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/2/SMF\\_%C3%85tg%C3%A4rder%20f%C3%B6r%20att%20st%C3%B6dja%20personer%20med%20schizofreni.pdf](http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/2/SMF_%C3%85tg%C3%A4rder%20f%C3%B6r%20att%20st%C3%B6dja%20personer%20med%20schizofreni.pdf)

Schön, U-K. (2010). Recovery from severe mental illness, a gender perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 557-64. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00748.x.

Schröder, A., & Björk, T. (2012). Patients' judgements of quality of care in psychiatric observation and intensive in-patient care. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 9(2), 91-100. doi: 10.1017/S1742646412000313

Seeman, M.V. (2004). Gender differences in the prescribing of antipsychotic drugs. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1324-1333.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Smith, S. (2010). Gender differences in antipsychotic prescribing. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 472-484. doi: 10.3109/09540261.2010.515965.

Socialstyrelsen. (2009a). *Termbanken*. Hämtad 2015-12-26, från <http://socialstyrelsen.terms.se/showterm.php?ftid=407>

Socialstyrelsen. (2009b). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Västerås: Edita Västra Aros.

Socialstyrelsen. (2011a). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011- stöd för styrning och ledning*. Hämtad 2016-04-29, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-11-11/sidor/default.aspx>

Socialstyrelsen. (2011b). *Ojämna villkor för hälsa och vård - Jämlighetsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Hämtad 2016-05-08, från <http://www.socialstyrelsen.se/lists/Artikelkatalog/Attachments/18546/2011-12-30.pdf>

Socialstyrelsen. (2012). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd*. Västerås: Edita Västra Aros.

Socialstyrelsen. (2013). *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni*. Västerås: Edita Västra Aros.



Statistiska Centralbyrån. (2015). *Folkmängd efter kön och år*. Hämtad 2015-11-29, från [http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_\\_BE\\_\\_BE0101\\_\\_BE0101A/BefolkningNy/table/tableViewLayout1/?rxid=66e2fee8-ef63-4a83-85f4-8d800cbbf2f8](http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101A/BefolkningNy/table/tableViewLayout1/?rxid=66e2fee8-ef63-4a83-85f4-8d800cbbf2f8)

Svedberg, P., Arvidsson, B., Svensson, B., & Hansson, L.(2008). Psychometric characteristics of a self-report questionnaire (HPIQ) focusing on health promotion interventions in mental health services. *International Journal of Mental Health Nursing* 17(3), 171-179 doi: 10.1111/j.1447-0349.2008.00527.x

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård*. Stockholm: Swenurse

Sveriges Kommuner och Landsting (2014) (*o*)*jämställdhet i hälsa och vård*. Hämtad 2016-05-01, från <http://hj.diva-portal.org/smash/get/diva2:911376/FULLTEXT01.pdf>

Viertio, S., Tuulio-Henriksson, A., Perala, J., Saarni, S. I., Koskinen, S., Sihvonen, M., et al. (2012). Activities of daily living, social functioning and their determinants in persons with psychotic disorder. *European Psychiatry*, 27(6), 409–415. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.12.005.

Vingård, E. (2015). *Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro*. Uppsala: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Uppsala Universitet.

Von Hausswolff-Juhlin, Y., Bjarteit, M., Lindstrom, E., Jones, P (2009). Schizophrenia and physical health problems. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 438(suppl), 15-21. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01309.x.

Wetterberg, L. (2013) *Psykiatri i fickformat*. Malmö: Publite.

Whitehead, D. (2006). Health Promotion in the Practice Setting: Findings from a Review of Clinical Issues. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(4):165-184. doi: 10.1111/j.1741-6787.2006.00068.x

Wiklund Gustin, L. (2014). *Att närma sig det svårförståeliga*. I Wiklund Gustin (red). *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå (21-37)* Lund: Studentlitteratur.

Wiklund Gustin, L. (2014). *Perspektiv på hälsa och ohälsa i psykisk omvårdnad*. I Wiklund Gustin (red). *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå (21-37)* Lund: Studentlitteratur.

Willhite, R.K., Niendam, T.A., Bearden, C.E., Zinberg, J., O'Brien, M.P., & Cannon, T.D. (2008). Gender differences in symptoms, functioning and social support in patients at ultrahigh risk for developing a psychotic disorder. *Schizophrenia Research*, 104(1-3), 237-245. doi: 10.1016/j.schres.2008.05.019.

World Health Organization. (2014). *Mental health: strengthening our response, Fact sheet N°220*. Geneva: World Health Organization. Hämtad 2015-12-14, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

World Health Organization (2015) Schizophrenia - What is schizophrenia? Hämtad 2015-11-26, från [http://www.who.int/mental\\_health/management/schizophrenia/en/](http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/)

Wärdig, R., Bachrach-Lindström, M., Foldemo, A., Lindström, T., & Hultsjö, S (2013). Prerequisites for a healthy lifestyle - experiences of persons with psychosis. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(8), 602-610. doi: 10.3109/01612840.2013.790525

Ärendansvarig \_\_\_\_\_

Patientens personnr\* \_\_\_\_\_

Namn\* \_\_\_\_\_

Informationsdatum\* \_\_\_\_\_ (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Datum då nedanstående uppgifter har inhämtats. Vid det datum som anges ska övriga uppgifter som registrerats varit gällande (aktuella).

\* = Obligatorisk fråga

---

## Psykiatriska diagnos-/er enligt ICD10

### Ange patientens aktuella psykosdiagnos\*

Den psykosdiagnos som utgör registreringsorsak

**Ett svarsalternativ kan anges**

- F20.0** Paranoid schizofreni
- F20.1** Hebefren schizofreni
- F20.2** Kataton schizofreni
- F20.3** Odifferentierad schizofreni
- F20.5** Schizofrent resttillstånd
- F20.6** Schizofreni, simplexform
- F20.8** Annan specificerad schizofreni
- F20.9** Schizofreni, ospecificerad
- F21.9** Schizotyp störning
- F22.0** Vanföreställningssyndrom
- F22.8** Andra specificerade kroniska vanföreställnings syndrom
- F22.9** Kroniskt vanföreställningssyndrom, ospecificerat
- F23.0** Akut polymorf psykos utan egentlig schizofren sjukdomsbild
- F23.1** Akut polymorf psykos med schizofren sjukdomsbild
- F23.2** Akut schizofreniliknande psykos
- F23.3** Annat akut vanföreställningssyndrom
- F23.8** Andra specificerade akuta och övergående psykoser
- F23.9** Akut och övergående psykos, ospecificerad
- F24.9** Inducerat vanföreställningssyndrom/utvidgad psykos
- F25.0** Schizoaffektiva syndrom, manisk typ
- F25.1** Schizoaffektiva syndrom, depressiv typ
- F25.2** Schizoaffektiva syndrom, blandad typ
- F25.8** Annat specificerat schizoaffektiva syndrom
- F25.9** Schizoaffektiva syndrom, ospecificerat
- F28.9** Andra icke organiska psykotiska störningar
- F29.9** Ospecificerad icke organisk psykos

## Föreligger något/några andra aktuella psykiatriska diagnoser, utöver psykosdiagnos?\*

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja       Nej       Uppgift saknas

Om ja, ange vika övriga aktuella psykiatriska diagnoser\*

**Flera svarsalternativ kan anges**

- Organiska psykossyndrom
- Övriga psykotiska syndrom
- Utvecklingsavvikelser
- Autismspektrumstörning
- Uppmärksamhetsstörning
- Depression
- Substansmissbruk/beroende
- Emotionellt instabil/borderline personlighetsstörning (F60.3)
- Antisocial personlighetsstörning (F60.2)
- Agorafobi (F40.0)
- Social fobi (F40.1)
- Paniksyndrom (F41.0)
- Generaliserat ångestsyndrom (F41.1)
- Tvångssyndrom (F42.0, F42.1, F42.2)
- Annat

Om substansmissbruk/beroende, ange vilket/vilka\*

*Substansmissbruk avser skadligt bruk och/eller beroende.*

*Kombination (F19.1/F19.2) tillämpas när det är känt att två eller flera psykoaktiva substanser använts, men när det är omöjligt att avgöra vilken som bidragit mest till störningen. Kategorin ska användas även när en eller flera av substanserna är okända eller inte med säkerhet kunnat identifieras.*

**Flera svarsalternativ kan anges**

- Alkohol (F10.1/F10.2)
- Opiater (F11.1/F11.2)
- Cannabis (F12.1/F12.2)
- Sedativa (F13.1/F13.2)
- Kokain (F14.1/F14.2)
- Stimulantia inklusive koffein (F15.1/F15.2)
- Hallucinogener (F16.1/F16.2)
- Tobak (F17.1/F17.2)
- Lösningssmedel (F18.1/F18.2)
- Kombination (F19.1/F19.2)
- Uppgift saknas

## Bakgrund

NYREGISTRERINGSFRÅGA om uppföljning → gå vidare till fråga ange form av boende s.4

### Hur länge har patienten varit sjuk?\*

Avser psykosjukdom

**Ett svarsalternativ kan anges**

0-5 år

6 år eller längre → **gå vidare till s.4**

Om 0-5 år, ange datum för första vårdkontakt för psykiska besvär.

Avser då patienten för första gången hade sjukvårdskontakt (skolhälsovård, primärvård, företagshälsovård, psykiatrisk vård) för någon form av psykiska symptom.

(ÅÅÅÅ-MM-DD)

Uppgift saknas

Om 0-5 år, ange datum för första psykossymtom.

Avser då patienten för första gången hade psykossymtom.

(ÅÅÅÅ-MM-DD)

Uppgift saknas

Om 0-5 år Ange när diagnos inom schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd för första gången dokumenterades i journal.

Avser diagnos inom gruppen schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd.

(ÅÅÅÅ-MM-DD)

Uppgift saknas

Om 0-5 år, vilka behandlingsinsatser har patienten tidigare erhållit?\*

Avser behandlingsinsatser som påbörjats och/eller avslutats för mer än 12 månad sedan (för svar som avser aktuell 12-månadsperiod besvaras längre fram i formuläret).

**Flera svarsalternativ kan anges**

- Behandlingen ännu ej inledd
- Familjeinterventioner
- Psykologisk behandling
- Psykopedagogisk behandling
- Kognitiv träning
- Hjälpmedel/anpassning arbetsplats eller bostad
- Läkemedelsbehandling
- Annat
- Uppgift saknas

Om psykologisk behandling ange vilken\*

**Flera svarsalternativ kan anges**

- Kognitiv/Kognitiv beteendeterapi
- Psykodynamisk terapi
- Interpersonell terapi
- Dialektisk beteendeterapi
- Musikterapi
- Övrigt
- Uppgift saknas

### Om psykopedagogisk behandling\*

#### **Flera svarsalternativ kan anges**

- Utbildning om psykosjukdom och dess behandling
- Utbildning om sjukdomshantering och återhämtning
- Social färdighetsträning
- Uppgift saknas

Om utbildning om psykosjukdom och dess behandling, genomgick patienten utbildningen tillsammans med anhörig/annan närstående?\*

#### **Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Om utbildning om sjukdomshantering och återhämtning, genomgick patienten utbildningen tillsammans med anhörig/annan närstående?\*

#### **Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

### Om 0-5 år har patientens kognitiva förmåga testats?\*

Avser bedömning av patientens kognitiva förmåga genom strukturerad observation eller testning, exempelvis, neuropsykologisk testning, arbetsterapeutisk bedömning eller skattningsinstrument.

#### **Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Om ja, ange årtal för senaste testning av patientens kognitiva förmåga.

(ÅÅÅÅ)  Uppgift saknas

### Om ja, har patienten kognitiv funktionsnedsättning?\*

#### **Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

### Ange form av boende\*

Med hemlös avses person som saknar egen eller för hyrd bostad och som inte bor i något stadigvarande inneboendeförhållande eller andrahandsboende, och som är hänvisad till tillfälliga boendialternativ eller är uteliggare.

#### **Ett svarsalternativ kan anges**

- Ordinärt boende utan stöd i hemmet (av socialtjänsten eller motsvarande)
- Ordinärt boende med stöd i hemmet (av socialtjänsten eller motsvarande)
- Permanent särskilt boende (enl SoL/LSS) med stöd av personal del av dygnet
- Permanent särskilt boende (enl SoL/LSS) med stöd av personal hela dygnet
- Familjehem
- Boende med socialt kontrakt
- Hemlös (enligt definition)
- Uppgift saknas

## Ange hushållets sammansättning\*

Personer som har sin nattvila i patientens hem under minst 4 dagar per månad räknas som ingående i hushållets sammansättning.

### Flera svarsalternativ kan anges

- Ensamboende
- Delar hushåll med make/maka/partner/sambo
- Delar hushåll med förälder/föräldrar
- Delar hushåll med andra vuxna (inklusive egna barn 18 år eller äldre)
- Delar hushåll med barn under 18 år
- Uppgift saknas

## Har patienten barn under 18 år?\*

Avser patientens egna barn, oavsett vårdnadsförhållande.

### Ett svarsalternativ kan anges

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Om ja, har patienten erbjudits någon form av föräldrastöd?\*

### Ett svarsalternativ kan anges

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Om ja, har patientens barn erbjudits någon form av stöd?\*

### Ett svarsalternativ kan anges

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

**UTBILDNINGSNIVÅ: Fråga besvaras för patienter som är 16 år eller äldre.**

## Vilken är patientens högsta uppnådda utbildningsnivå?\*

### Ett svarsalternativ kan anges

- Ej fullgjord förgymnasial utbildning
- Fullgjord förgymnasial utbildning
- Fullgjord gymnasial utbildning
- Fullgjord eftergymnasial utbildning (minst 2 år)
- Fullgjord eftergymnasial utbildning (minst 3 år)
- Uppgift saknas

## Ange patientens huvudsakliga sysselsättning under de senaste 12 månaderna\*

Uppgiften avser huvudsaklig situation det senaste året. Om någon av patientens sysselsättningar överstiger 75 procent anges bara ett alternativ. Om ingen av patientens sysselsättningar överstiger 75 procent får två (2) alternativ anges.

### Flera svarsalternativ kan anges

- Arbete/studier på öppna marknaden mer än 50 procent
- Arbete/studier på öppna marknaden 50 procent eller mindre
- Arbetslös/arbetsmarknadsåtgärd
- Skyddad verksamhet mer än 50 procent
- Skyddad verksamhet 50 procent eller mindre
- Anpassad studieform (mål vidare studier/arbete)
- Arbetsrehabilitering (inkl. under utredning för klargörande av funktionsnivå)
- Sysselsättning motsvarande SOL:s definition (dagcenter, brukarklubbar, etc)
- Ingen sysselsättning
- Uppgift saknas

Om arbetsrehabilitering (inkl. utredning för klargörande av funktionsnivå), ange typ av arbetsrehabilitering.\*

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Arbetsrehabilitering på öppna arbetsmarknaden
- Arbetsrehabilitering i skyddad verksamhet
- Uppgift saknas

Om arbetsrehabilitering på öppna arbetsmarknaden, är arbetsrehabiliteringen enligt IPS-modellen?\*

*IPS-Individual Placement and Support*

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

## Ange patientens huvudsakliga försörjning under de senaste 12 månaderna\*

Högst två alternativ får väljas. Om personer som är sjukskrivna ej är sjukpenningsberättigade och därför får ersättning från socialtjänsten anges alternativet "Ekonomiskt bistånd enligt SOL eller motsvarande." Egen försörjning avser lönearbete, egen företagare, studiemedel, ålderspension/garantipension.

**Flera svarsalternativ kan anges – högst två får väljas**

- Egen försörjning
- A-kassa
- Föräldrapenning
- Sjukpenning, sjukersättning eller motsvarande
- Ekonomiskt bistånd enligt SOL eller motsvarande
- Försörjd av anhörig
- Eget kapital
- Övrigt
- Uppgift saknas

## Har patienten utfört en våldsam handling eller riktat ett allvarligt hot mot någon annan person under de senaste 12 månaderna?\*

Med våldsam handling eller allvarligt hot menas att t ex slagit, skurit, eller skjutit en annan person eller hotat om sådana gärningar i syfte att framkalla allvarlig fruktan för annan persons säkerhet.

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Nej
- Ja, 1-2 gånger
- Ja, 3 gånger eller fler
- Uppgift saknas

## Har patienten blivit utsatt för en våldsam handling eller ett allvarligt hot under de senaste 12 månaderna?\*

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Nej
- Ja, 1-2 gånger
- Ja, 3 gånger eller fler
- Uppgift saknas



## Har patienten *blivit dömd* till kriminalvård, rättspsykiatrisk vård, sluten ungdomsvård eller annan rättslig påföljd under de senaste 12 månaderna?\*

Observera att endast påföljder enligt brottsbalken ska inkluderas.

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja             Nej             Uppgift saknas

Om ja, ange vad patienten dömdes för\*

Avser våldsbrott som innefattar fysiskt våld, eller hot om våld mot person, t ex mord, dråp eller misshandel

**Flera svarsalternativ kan anges**

- Våldsbrott  
 Annat brott  
 Uppgift saknas

## Har patienten gjort något suicidförsök under de senaste 12 månaderna?\*

Med suicidförsök avses livshotande eller skenbart livshotande beteende, i avsikt att sätta sitt liv på spel eller att göra intryck av en sådan avsikt, men som inte leder till döden (exempelvis allvarlig tablettförgiftning, dränkning, skjutning, hängning/strykning).

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Nej  
 Ja, 1-2 gånger  
 Ja, 3 gånger eller fler  
 Uppgift saknas/otillräcklig information

## Hälsa

### Föreligger något/några tillstånd som bedöms vara av betydelse vid planering och genomförande av behandlingsinsatser?\*

Inkluderar diagnostiserade tillstånd, misstänkta tillstånd som utreds (även om diagnos ännu ej fastställts) samt komplicerande omständigheter.

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja             Nej             Uppgift saknas

Om ja, ange vilka nedan\*

**Flera svarsalternativ kan anges**

- Diabetessjukdom  
 Hjärt- och kärlsjukdom  
 Cancer  
 Njursjukdom  
 Thyroideasjukdom  
 Graviditet  
 Amning

## Ange aktuellt systoliskt blodtryck

Systoliskt blodtryck, det övre trycket (mm Hg) registrerat i sittande efter minst två minuters vila (rekommendation)

mm Hg (Heltal)  Uppgift saknas

## Ange aktuellt diastoliskt blodtryck

Diastoliskt blodtryck, det undre trycket (mm Hg) registrerat i sittande efter minst två minuters vila (rekommendation)

mm Hg (Heltal)  Uppgift saknas

## Ange aktuell vikt

Vikt = kg, utan ytterplagg, kavaj och skor

Kg (Decimaltal med en decimal)  Uppgift saknas

## Ange aktuell längd

Längd = cm, utan skor

Cm  Uppgift saknas

## Har patienten erhållit någon/några hälsofrämjande insatser under de senaste 12 månaderna?\*

**Ett svarsalternativ kan anges**

Ja  Nej  Uppgift saknas

Om ja, ange vilket/vilka nedan\*

**Flera svarsalternativ kan anges**

- Rådgivning kring fysisk aktivitet (KVÅ-kod DV132)
- Kvalificerad rådgivning kring fysisk aktivitet (KVÅ-kod DV133)
- Kostrådgivning (KVÅ-kod DV142)
- Kvalificerad kostrådgivning (KVÅ-kod DV143)
- Rådgivande samtal om tobaksbruk (KVÅ-kod DV112)
- Kvalificerat rådgivande samtal om tobaksbruk (KVÅ-kod DV113)
- Rådgivande samtal om alkoholvanor (KVÅ-kod DV122)
- Kvalificerat rådgivande samtal om alkoholvanor (KVÅ-kod DV123)
- Kroppslig hälsoundersökning genomförd av läkare

## Använder patienten nikotin så gott som dagligen?\*

**Ett svarsalternativ kan anges**

Ja  Nej  Uppgift saknas

Om ja, ange i vilken form\*

**Flera svarsalternativ kan anges**

- Röker
- Snusar
- Nikotinersättning

## Har AUDIT C besvarats av patienten under de senaste 12 månaderna?\*

AUDIT C är de tre första frågorna i AUDIT. Poäng: 0-12 Riskbruk  $\geq 4$  poäng (man),  $\geq 3$  poäng (kvinna). Ett glas definieras som ett av följande: 45 cl folköl, 33 cl starköl, 15 cl vin, 8 cl starkvin, 4 cl sprit.

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja             Nej             Uppgift saknas

Om ja, alt 1 ange totalpoäng AUDIT C:

Om ja, alt 2 fyll i de svar patienten markerat i AUDIT C:

Hur ofta dricker Du alkohol?

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Aldrig (0)  
 1 gång i månaden eller mer sällan (1)  
 2-4 gånger i månaden (2)  
 2-3 gånger i veckan (3)  
 4 gånger per vecka eller mer (4)

Hur många "glas" (enligt exemplet i AUDIT-formuläret) dricker Du en typisk dag då Du dricker alkohol?

**Ett svarsalternativ kan anges**

- 1-2 (0)  
 3-4 (1)  
 5-6 (2)  
 7-9 (3)  
 10 eller fler (4)

Hur ofta dricker Du sex sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle?

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Aldrig (0)  
 Mer sällan än en gång i månaden (1)  
 Varje månad (2)  
 Varje vecka (3)  
 Dagligen eller nästan varje dag (4)

## Har DUDIT besvarats av patienten under de senaste 12 månaderna?\*

Syftar på en totalpoäng för DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) som besvarats de senaste 30 dagarna. Totalpoängen ligger i intervallet 0-44.

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja             Nej             Uppgift saknas

Om ja, ange totalpoäng DUDIT:

## CGI-S. Mot bakgrund av din samlade kliniska erfarenhet av just denna patientpopulation, hur svårt psykiskt sjuk är patienten för närvarande?\*

CGI-S, Clinical Global Impression – Severity, övergripande kliniskt intryck av sjukdomens svårighetsgrad.

**Ett svarsalternativ kan anges**

- 0 - Ej bedömt
- 1 - Normal, inte alls sjuk
- 2 - Gränsfall för psykisk sjukdom
- 3 - Lindrigt sjuk
- 4 - Måttligt sjuk
- 5 - Påtagligt sjuk
- 6 - Allvarligt sjuk
- 7 - Bland de mest extremt sjuka patienterna

## Ange aktuellt värde på GAF Funktion\*

Aktuellt resultat av skattning på GAF-skalans delskala för **social och yrkesmässig funktionsförmåga**.

(GAF = Global Assessment of Functioning)

(Heltal, 0-100)

## Ange aktuellt värde på GAF Symptom\*

Aktuellt resultat av skattning på GAF-skalans delskala för **psykiska symptom**.

(GAF = Global Assessment of Functioning)

(Heltal, 0-100)

## Vård och behandling

### Har patienten behandlats inom psykiatrisk slutenvård, under de senaste 12 månaderna?\*

Med psykiatrisk slutenvård avses inläggande sjukhusvård på psykiatrisk klinik eller motsvarande. Såväl frivillig vård som tvångsvård inkluderas. Tvångsvård i öppen vård (öppen LPT och LRV) inkluderas inte. Permissioner inkluderas inte.

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Om ja, ange antal dagar

Om exakt antal dygn ej enkelt kan tas fram görs en uppskattning.

Om ja, ange antal slutenvårdtillfällen\*

Med vårdtillfällen avses vårdkontakt i slutenvård. Vårdtillfälle avgränsas av in- och utskrivning inom ett medicinskt verksamhetsområde (klinik/basenhets/motsvarande). Med inskrivning avses händelse när vårdplats ställs till patients förfogande (efter socialstyrelsens termbank).

Både under perioden avslutade och vid rapporteringen fortfarande pågående vårdtillfällen inkluderas. Om en episod av oavbruten tvångsvård i öppen och sluten vård har innefattat flera vårdtillfällen (flera inläggningar i sluten vård) ska dessa redovisas separat

## Har psykossymtomens svårighetsgrad bedömts med hjälp av PANSS- eller RS-S-skattning minst en gång de senaste 12 månaderna?\*

PANSS = Positive and Negative Syndrome Scale. RS-S = Remissionsskattning vid schizofreni.

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja             Nej             Uppgift saknas

Om ja, vilket skattningsinstrument har använts?\*

**Ett svarsalternativ kan anges**

- PANSS  
 RS-S

Om ja, är skattningen genomförd de senaste 2 månaderna?\*

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja                       Nej                       Uppgift saknas

Om ja, var patienten i remission vid skattningstillfället?\*

Patienten är i remission, enligt skattning, om var och ett av följande symtom i PANSS eller RS-S bedöms vara  $\leq 3$ : P1, P2, P3, N1, N4, N6, A5 och A9.

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja             Nej             Uppgift saknas

## Har CAN-skattning gjorts under de senaste 12 månaderna?\*

CAN = Camberwell Assessment of Need, skattning som bedömer av patientens behov.

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja             Nej             Uppgift saknas

Om ja, vem/vilka som besvarade skattningen?

- Patient  
 Anhörig  
 Personal

**UPPFÖLJNINGSPRÅG, om nyregistrering → gå vidare till nästa huvudfråga: Har patienten behandlats med ECT**

## Har patientens kognitiva förmåga testats de senaste 12 månaderna?\*

Avser bedömning av patientens kognitiva förmåga genom strukturerad observation eller testning, exempelvis, neuropsykologisk testning, arbetsterapeutisk bedömning eller skattningsinstrument.

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja             Nej             Uppgift saknas

Om ja, har patienten kognitiv funktionsnedsättning?\*

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja                       Nej                       Uppgift saknas

## Har patienten behandlats med ECT under de senaste 12 månaderna?\*

Oavsett antal tillfällen i en behandlingsserie. ECT= Elektrokonvulsiv behandling (KVÅ-koder DA006, DA024 och DA025)

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja             Nej             Uppgift saknas

## Finns det en aktuell, dokumenterad plan för insatser till patienten?\*

En plan räknas som aktuell om den har upprättats eller uppdaterats under de senaste 12 månaderna.

En samordnad plan (SIP) förutsätter i detta fall att det även finns en vårdplan inom hälso- och sjukvården.

### Ett svarsalternativ kan anges

- Ja, en vårdplan inom hälso- och sjukvården
- Ja, en individuell samordnad plan mellan kommun och hälso- och sjukvård (SIP)
- Nej
- Uppgift saknas

Om ja, har patienten haft en aktiv roll i planering och kunnat påverka de beslut som fattats?\*

### Ett svarsalternativ kan anges

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Om ja, har planeringen genomförts?\*

### Ett svarsalternativ kan anges

- Ja, helt
- Ja, delvis
- Nej
- Planen är nyligen upprättad och ännu ej utvärderad
- Uppgift saknas

## Har patienten erhållit familjeinterventioner de senaste 12 månaderna?\*

### Ett svarsalternativ kan anges

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

## Har patienten erhållit psykologisk behandling de senaste 12 månaderna?\*

### Ett svarsalternativ kan anges

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Om ja, ange typ av psykologisk behandling\*

### Flera svarsalternativ kan anges

- Kognitiv/Kognitiv beteendeterapi
- Psykodynamisk terapi
- Interpersonell terapi
- Dialektisk beteendeterapi
- Musikterapi
- Övrigt
- Uppgift saknas

## Har patienten erhållit psykopedagogisk behandling de senaste 12 månaderna?\*

### Ett svarsalternativ kan anges

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Om ja, ange typ av psykopedagogisk behandling\*

### Flera svarsalternativ kan anges

- Utbildning om psykosjukdom och dess behandling
- Utbildning om sjukdomshantering och återhämtning
- Social färdighetsträning
- Uppgift saknas

Om utbildning om psykosjukdom och dess behandling, genomgick patienten utbildningen tillsammans med anhörig/annan närstående?\*

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja  Nej  Uppgift saknas

Om utbildning om sjukdomshantering och återhämtning, genomgick patienten utbildningen tillsammans med anhörig/annan närstående?\*

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja  Nej  Uppgift saknas

**Har patienten erhållit kognitiv träning de senaste 12 månaderna?\***

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja  Nej  Uppgift saknas

**Har patienten erhållit hjälpmedel/anpassning av arbetsplats eller bostad de senaste 12 månaderna?\***

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja  Nej  Uppgift saknas

**Behandlas patienten med antipsykotiska läkemedel för närvarande?\***

Avser de läkemedel som är aktuella vid registreringstillfället.

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja  Nej  Uppgift saknas

Om ja, ange aktuella antipsykotiska läkemedel nedan\*

**Flera svarsalternativ kan anges**

- |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Alimemazin     | <input type="radio"/> Periciazin     |
| <input type="radio"/> Amisulprid     | <input type="radio"/> Pimozid        |
| <input type="radio"/> Aripiprazol    | <input type="radio"/> Pipamparone    |
| <input type="radio"/> Asenapin       | <input type="radio"/> Priadel        |
| <input type="radio"/> Cyamemazin     | <input type="radio"/> Proklorperazin |
| <input type="radio"/> Dixyrazin      | <input type="radio"/> Quetiapin      |
| <input type="radio"/> Flufenazin     | <input type="radio"/> Risperidon     |
| <input type="radio"/> Flupentixol    | <input type="radio"/> Sertindol      |
| <input type="radio"/> Fluspirilen    | <input type="radio"/> Sulpirid       |
| <input type="radio"/> Haloperidol    | <input type="radio"/> Tiapirid       |
| <input type="radio"/> Klorpromazin   | <input type="radio"/> Tioridazin     |
| <input type="radio"/> Kloprotixen    | <input type="radio"/> Trifluoperazin |
| <input type="radio"/> Klozapin       | <input type="radio"/> Ziprasidon     |
| <input type="radio"/> Litium         | <input type="radio"/> Zuklopentixol  |
| <input type="radio"/> Levomepromazin | <input type="radio"/> Annat          |
| <input type="radio"/> Melperon       |                                      |
| <input type="radio"/> Olanzapin      |                                      |
| <input type="radio"/> Paliperidon    |                                      |
| <input type="radio"/> Penfluridol    |                                      |
| <input type="radio"/> Perfenazin     |                                      |

Följdfrågor om beredningsform och dos – skriv ner uppgifter enligt nedanstående struktur för VARJE angivet psykosläkemedel

Om antipsykotiska läkemedel, är preparatet i injektionsform?

**Ett svarsalternativ kan anges**

Ja

Nej

**Preparat 1**

Om ja, ange uppgifter nedan

Med uppgifterna nedan beräknas dygnsdos automatiskt

Mängd injektionsvätska  ml (Decimaltal)

Koncentration  mg/ml (Decimaltal)

Intervall  dagar

Om nej, ange dygnsdos

**Preparat 2**

Om ja, ange uppgifter nedan

Med uppgifterna nedan beräknas dygnsdos automatiskt

Mängd injektionsvätska  ml (Decimaltal)

Koncentration  mg/ml (Decimaltal)

Intervall  dagar

Om nej, ange dygnsdos

**Preparat 3**

Om ja, ange uppgifter nedan

Med uppgifterna nedan beräknas dygnsdos automatiskt

Mängd injektionsvätska  ml (Decimaltal)

Koncentration  mg/ml (Decimaltal)

Intervall  dagar

Om nej, ange dygnsdos

**Xeplion** (paliperidon)

50mg = 0.5ml injektionsvätska

75mg = 0.75ml

100mg = 1ml

150mg = 1.5ml

**Risperdal Consta**

varje ampull innehåller 2ml injektionsvätska



### Behandlas patienten med stämningsstabiliserande läkemedel?\*

Avser pågående läkemedelsbehandling och omfattar Karbamazepin, Klonazepam, Lamotrigin, Litium, Oxkarbazepin, Topiramet, Valproat, ev annat stämningsstabiliserande läkemedel

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja  Nej  Uppgift saknas

### Behandlas patienten med antidepressiva läkemedel?\*

Avser pågående läkemedelsbehandling och omfattar Agomelatin, Amitryptilin, Bupropion, Citalopram, Duloxetin, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Imipramin, Klomipramin, Lofepramin, Maprotilin, Mianserin, Mirtazapin, Moclobemid, Nefazodon, Nortryptilin, Paroxetin, Phenelzin, Reboxetin, Sertralin, Tranylcypropromin, Trimipramin, Venlafaxin, ev annat antidepressivt läkemedel

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja  Nej  Uppgift saknas

### Behandlas patienten med läkemedel mot ADHD?\*

Avser pågående läkemedelsbehandling och omfattar Atomoxetin, centralstimulerande, ev annat läkemedel mot ADHD. Med centralstimulerande läkemedel menas t.ex. metylfenidat, dexamfetamin, modafinil, men ej atomoxetin.

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja  Nej  Uppgift saknas

### Behandlas patienten med bensodiazepiner eller bensodiazepinliknande läkemedel?\*

Avser pågående läkemedelsbehandling och omfattar Alprazolam, Buspiron, Diazepam, Flunitrazepam, Hydroxizin, Lorazepam, Klometiazol, Nitrazepam, Oxazepam, Pregabalin, Prometazin, Propiomazin, Propranolol, Triazolam, Valeriana, Zaleplon, Zolpidem, Zopiklon, ev annat bensodiazepinliknande läkemedel

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja  Nej  Uppgift saknas

### Har någon misstänkt läkemedelsbiverkan uppträtt under de senaste 12 månaderna?\*

Avser läkemedel ordinerade med anledning av patientens registerorsak(er). Exempelvis: Trötthet, huvudvärk, yrsel, svimning, ökad svettning, ökad salivsekretion, ökad törst, ödem, feber eller subfebrilitet, ögon-, synpåverkan, öron-, hörselpåverkan, mag-, tarmbesvär, tremor, extrapyramidala besvär/Parkinsonism, blodbildspåverkan, elektrolytpåverkan, endokrinologiska biverkningar, menstruationsrubbing, sexuella biverkningar, psykisk påverkan inkl. beteendeförändring, sömnstörning.

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja  Nej  Uppgift saknas

Om ja, ange svårighetsgrad på de symtom som uppträtt och där samband med läkemedelsbehandling misstänks eller bekräftats.\*

Lindrig, har medfört liten eller ingen påverkan på vardagliga sysslor.

Medelsvår, har försvårat vardagliga sysslor.

Allvarlig, livshotande, har omöjliggjort vardagliga sysslor eller har inneburit livshotande eller allvarlig skada eller risk för skada.

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Lindrig  Medelsvår  Allvarlig  Uppgift saknas

### Behandlas patienten med något antikolinergt läkemedel för att lindra biverkningar av antipsykotiska läkemedel?\*

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja  Nej  Uppgift saknas

### Har patienten vid uppföljningstillfället tecken på tardiv dyskinesi?\*

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja       Nej       Uppgift saknas

### Har patienten gått upp i vikt de senaste 12 månaderna?\*

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja       Nej       Uppgift saknas

### Har patienten haft läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare under de senaste 12 månaderna?\*

*Genomgång av läkemedel ska ha motsvarat minst enkel läkemedelsgenomgång enligt SOSFS 2012;9, kap.3a; § 4 och § 5*

*1) kartläggning av vilka läkemedel patienten är ordinerad och varför,*

*2) vilka av dessa läkemedel patienten använder samt*

*3) vilka övriga läkemedel (inklusive receptfria läkemedel och kosttillskott) patienten använder.*

*Åtgärden innebär även kontroll av om läkemedelslistan är korrekt samt bedömning av om läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig och säker.*

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja       Nej       Uppgift saknas



**Högskolan Väst**

**Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur**

**461 86 Trollhättan**

**Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99**

**[www.hv.se](http://www.hv.se)**