

Kvinnors biverkningsprofil på neuroleptika med fokus på sexuella biverkningar: En pilotstudie

FÖRFATTARE	Joel Andersson Siri Lindqvist
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 15 högskolepoäng OM5250 Examensarbete - Grundnivå HT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Nils Sjöström
EXAMINATOR	Lars-Olof Persson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Kvinnors biverkningsprofil på neuroleptika med fokus på sexuella biverkningar – en pilotstudie.
Titel (engelsk):	The adverse effects of women prescribed neuroleptics, focusing on the sexual aspects – a pilot study.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program:	Sjuksköterskeprogrammet
Kurskod:	OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	22 sidor exklusive bilagor
Författare:	Joel Andersson Siri Lindqvist
Handledare:	Nils Sjöström
Examinator:	Lars-Olof Persson

SAMMANFATTNING

Neuroleptikamedicinering är förenat med en stark biverkningsprofil där sexuella biverkningar hör till de vanligt förekommande. Sexuella biverkningar uppmärksammas inte i forskning i samma utsträckning som andra biverkningar, än mindre för kvinnor i jämförelse med män. Fokus ligger på viktuppgång och dess effekter. Forskning kring sexuella biverkningar vid neuroleptikabehandling och dess påverkan på personers adherence är bristfällig.

Syftet: Syftet är att i en pilotstudie undersöka hur biverkningsprofilen på depåneuroleptika med fokus på sexuella biverkningar inverkar på kvinnors inställning till medicinering.

Metod: Datainsamlingen gjordes i form av en enkätundersökning på personer som erhåller depåneuroleptika vid en psykosmottagning i Västra Götaland. De enkäter som används är SSP-UKU som visar personernas biverkningsprofil, och DAI-10 där en ska skatta sin attityd till medicinering. Resultaten analyseras i SPSS-Statistics.

Resultat: Vanliga biverkningar som framkom i undersökningen var minskad sexlust, ökad sömn, trötthet, viktuppgång samt stelhet i musklerna. I en sambandsanalys mellan minskad sexlust och biverkningarna hos respondenterna sågs att trötthet, torrhet i slidan, viktökning, oro, orgasmfunktion var det som hade störst samband. Biverkningar som har störst relevans till negativ adherence enligt DAI-10 var sömnlighet och försämrad orgasmfunktion.

Konklusion: Pilotstudien bekräftar tidigare forskning över att biverkningsprofilen är stark för de personer som intar neuroleptika. Ett samband finns mellan viktökning och minskad sexlust som bör efterforskas vidare. Sjuksköterskans ansvar vid den medicinska behandlingen och uppmärksammandet av utsatta gruppers biverkningsprofiler bör belysas ytterligare. Mer forskning och bättre riktlinjer behövs för sjuksköterskor för att minska svårigheterna i samtal om sexuell hälsa för att uppfylla sjuksköterskans kompetensbeskrivning.

Nyckelord: women, schizophrenia, sexual dysfunction, antipsychotic agents, adverse effects, adherence

Tillkännagivande

Vi vill tacka Lennart Lundin, verksamhetssamordnare, Psykiatri Psykos i Västra Götalandsregionen och ledningen och personal på anonym psykosmottagning i Västra Götalandsregionen för att de tillät oss bedriva vår pilotstudie på mottagningen inom öppenvården. Vi vill tacka för ett vänligt bemötande och visat intresse samt hjälp med praktiskt genomförande av pilotstudien. Vi vill också tacka vår handledare, Nils Sjöström, för allt stöd sedan projektets början i februari 2013.

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
<i>Psykossjukdom och schizofreni</i>	1
<i>Endokrinologiska faktorer vid sexuella biverkningar</i>	4
<i>Sjuksköterskans ansvar vid läkemedelsbehandling</i>	7
PROBLEMFORMULERING	8
SYFTE	8
METOD	8
<i>Design</i>	8
<i>Urval</i>	8
<i>Datainsamling</i>	9
<i>Mätinstrument</i>	9
<i>SSP-UKU (Perceived Distress Inventory)</i>	9
<i>DAI-10 (Drug Attitude Inventory)</i>	10
<i>Statistisk analys</i>	10
<i>Forskningsetik</i>	10
RESULTAT	11
METODDISKUSSION	14
<i>Bortfall</i>	14
<i>Validitet och reliabilitet</i>	14
<i>Pilotstudie</i>	15
RESULTATDISKUSSION	16
KONKLUSION	18
REFERENSLISTA	19
BILAGOR	
1 SSP-UKU	
2 DAI-10	
3 Informationsblad	

Inledning

De senaste åren har nya antipsykotiska läkemedel införts mer och mer inom psykosvården. Dessa har en generellt lägre biverkningsprofil än tidigare neuroleptika vilket statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2012) också bekräftar med avseende på bland annat övervikt, sedation och extrapyramidala biverkningar. Sexuella biverkningar uppmärksammas inte i samma utsträckning. SBU:s resultat från den systematiska översikten visar att en förbättrad diagnostik och en effektiv behandling är det som kan förbättra personer med schizofreni situation (SBU, 2012).

Garcia, Vidal och Ramos (2006) beskriver den sexuella ohälsan som ouppmärksammas i samband med vård av personer som lider av psykisk sjukdom. De betonar att den sexuella ohälsan ofta ignoreras eller förbises inom psykiatrin särskilt hos de personer med allvarliga psykiatriska diagnoser så som schizofreni. Författarna beskriver också hur sexuell ohälsa ofta är en anledning till minskad adherence men det finns också svårigheter i att avgöra vilka delar av den sexuella ohälsan som beror på sjukdomsbilden och vilka som beror på medicineringen (Garcia et al, 2006). Studien avser därför att belysa biverkningsbilden på neuroleptika med fokus på sexuella biverkningar och dess inverkan på adherence.

Bakgrund

Psykosjukdom och schizofreni

Personer som befinner sig i en psykos har en störd förmåga att ta in intryck ifrån omvärlden och även att kunna skilja på sina egna föreställningar och den yttre världen.

Vanföreställningar är vanligt vilket gör att det är svårt för den drabbade att själv, åtminstone inledningsvis, inse sin sjukdom. Symtom kan uttrycka sig i bland annat hallucinationer, tankestörningar och konfusion i tid och rum (Ottosson, 2010; SBU, 2012). Symtomen kan indelas i positiva och negativa symtom (SBU, 2012). Positiva symtom innebär framförallt tankestörningar, hallucinationer, desorganiserat tal och beteende. Negativa symtom innebär främst nedstämdhet och depression, viljelöshet och språklig torftighet (Lindfors, Jarbin & Lindström, 2011).

Schizofreni är en svår psykisk sjukdom som präglas av episoder eller varierande grad av psykos. Det är således inte ett enskilt tillstånd utan snarare ett samlingsnamn på många psykotiska tillstånd. Orsakerna är inte helt kartlagda men ärftlighet är en faktor. Schizofrenisjukdomen debuterar ofta hos unga personer och har varierande förlopp och svårighetsdrag. Förloppet är långdraget och kan inledas med smygande negativa symtom och om obehandlat hamna i en akut fas av positiva symtom. De negativa symtomen är mest påtagliga i återhämningsfasen. Ofta kvarstår negativa symtom, den så kallade residualfasen, och personer lever med olika grad av funktionsnedsättning (Lindfors et al., 2011). Det finns inga tester en kan ta för att upptäcka en begynnande psykos eller schizofreni utan diagnosen sätts genom observation och personens egna berättelser. Skolor som till exempel ICD-10 används för att kunna ställa en diagnos. Personen måste då uppfylla ett visst antal symtom och ha haft dem under minst en månad.

(Ottooson, 2010). Negativa symtom är vanligare hos män än hos kvinnor (Abel, Drake & Goldstein, 2010) och riskbeteenden så som rökning och droger förekommer i högre grad hos personer med schizofreni (SBU, 2012).

Behandling och neuroleptika

Läkemedel vid psykossjukdom riktar sig mot dopaminsystemet där rubbningar ses hos personer med schizofreni. Dopamin har betydelse för muskelsamordning och rörelser samt känslor och relationen mellan känslor och intellekt. Forskning har funnit att blockad av receptorer för dopamin är det sätt som psykoser motverkas. Forskning pekar även på att andra signalsubstanser så som noradrenalin, serotonin, GABA och glutamat har betydelse för att psykoser uppstår (Socialstyrelsen, 2013). Det är vanligt att tiden från insjuknande till diagnos är lång, till och med flera år, med obehandlade psykoser. Kan detta tidsförlopp kortast ned leder det till bättre och snabbare behandling, läkemedelseffekt och gynnsammare sjukdomsförlopp. Personer som har återkommande psykoser svarar oftast sämre på behandling och får en sämre prognos (Lindfors et al., 2011).

När schizofreni behandlas är målen att minska symtom och att återfå eller utveckla funktionen i vardagen samt att förebygga återfall. Behandlingen är en kombination av psykosociala interventioner och medicinering. Det är viktigt att skapa förtroende mellan vårdgivare och vårdtagare då behandlingsavbrott avsevärt ökar återfallsrisken (SBU, 2012; Lindfors et al., 2011). Det finns tydliga könsskillnader i schizofreni, både i hur sjukdomen uppkommer, vilka symtom personen får och hur medicinerna verkar. Utöver detta finns också sociala, kulturella och könsnormsskillnader (Abel et al., 2010). Neuroleptika är en läkemedelsgrupp som används vid behandling av psykossjukdom. Omkring en tredjedel blir fria från symtom, en tredjedel har lindrigare symtom och en tredjedel påverkas knappt positivt av behandlingen. Neuroleptika är en läkemedelsgrupp som påverkar receptorer för dopamin i hjärnan. Antingen blockeras receptorer helt eller delvis (SBU, 2012). Neuroleptika kan delas in i så kallade första och andra generationens preparat, de kan också kallas typiska och atypiska preparat. Första generationens preparat (first generation antipsychotics, FGA) är exempelvis haloperidol (Haldol®), perfenazin (Trilafon®) och zukloptexol (Cisordinol®). Andra generationens preparat (second generation antipsychotics, SGA) har en något bättre antipsykotisk effekt än FGA och är bland andra risperidon (Rispedal®), olanzapin (Zyprexa®) och klozapin (Leponex®). SGA har också färre neurologiska biverkningar än FGA. När inte annan neuroleptika hjälper eller ger för mycket biverkningar så hjälper Klozapin en tredjedel av dessa personer (SBU, 2012). Klozapin har i särklass bäst antipsykotisk effekt och få extrapyramidala biverkningar men kräver istället regelbunden blodprovtagning då bland annat benmärgen kan påverkas (Lindfors et al., 2011; SBU, 2012). Sedan 2004 har det antipsykotiska preparatet Abilify® funnits på den svenska marknaden, preparatet har en annan typ av verkningsmekanism än SGA och är numer en vanligt förekommande neuroleptika (Läkemedelsverket, 2004). Det finns långtidsverkande depåneuroleptika som ges som injektion med 2-4 veckors mellanrum, verknings- och biverkningsbildens anses inte skilja sig från peroral neuroleptika (SBU, 2012).

Biverkningar vid medicinsk behandling

Enligt Haack, Seeringer, Thürmann, Becker & Kirchheiner (2009) är psykofarmaka läkemedel som i högst utsträckning rapporterar biverkningar. Författarna menar också att kvinnor är mer utsatta för biverkningar än män när det kommer till psykofarmaka i allmänhet.

Flera studier har visat att kvinnor har 50-75% högre risk att drabbas av en oönskad effekt relaterad till läkemedelsbehandling som är antingen dosberoende (uppskattningsvis 75 %,) eller idiosynkratisk (ca 25 %). Författarna frågar sig om kvinnor är mer villiga än män att rapportera negativa biverkningar beroende på kulturella faktorer.

Biverkningar är vanligt förekommande vid neuroleptikabehandling (Lindfors et al., 2011; SBU, 2012; Haack et al., 2009; Seeman, 2013ab; Mitchell & Selmes, 2007). Depåneuroleptika verkar likadant som peroral neuroleptika och har samma biverkningar utöver problematik vid insticksstället (SBU, 2012). Biverkningarna kan indelas i olika områden varav de extrapyramidala är de som genom åren fått mest uppmärksamhet men som minskat allt eftersom de rekommenderade doserna av neuroleptika sänkts och övergått mer från FGA till SGA (SBU, 2012). Extrapyramidala och neurologiska biverkningar påverkar rörelsemönstret hos en person. Det kan handla om stelhet, parkinsonism, kramper, akatasi och tardiva dyskinesier (Lindfors et al., 2011). Den vanligaste orsaken till darrningar, parkinsonism och akatasi är för hög dos neuroleptika och istället för att sänka dosen används ibland betablockerare eller medicin mot parkinsons sjukdom för att minska biverkningarna. Tardiv dyskinesi innebär fördröjda eller ofrivilliga rörelser vilket ofta drabbar armar och ben men främst ansikte och tunga. Biverkningen kan innebära ett karaktäristiskt grimaserande, tuggande och en utstickande tunga. Tardiv dyskinesi uppstår gradvis och det finns ingenting som lindrar symtomen förutom avbruten behandling. Hos äldre personer som behandlats med högre än numera rekommenderade doser neuroleptika uppkom ofta tardiv dyskinesi efter 1 år hos 30-40% (SBU 2012).

Viktuppgång, metabola syndromet och nedsatt glukostolerans med ökade blodfetter och risk för diabetes har med åren blivit mer uppmärksammade biverkningar hos personer som intar SGA neuroleptika (Lindfors et al., 2011; SBU, 2012). Metabola syndromet består av flera komponenter så som förhöjda blodfetter, bukfetma och hypertoni (Haack et al., 2009). Kvinnor med schizofreni har 2,5 gånger högre prevalens och män har 1,4 gånger högre prevalens av metabola syndromet än den allmänna befolkningen. Andra generationens neuroleptika ökar enligt Haack et al. (2009) starkt risken för metabola syndromet med aripiprazole (Abilify®) som enda undantag. Metabola syndromet leder också till högre risk för hjärt- kärlsjukdom där en person som intar andra generationens neuroleptika har en 3 gånger högre risk att drabbas än den allmänna befolkningen (Haack et al., 2009). Det finns enligt SBU (2012) starkt vetenskapligt underlag för att SGA har en ökad risk för viktökning som biverkning i jämförelse med FGA. Aripiprazole (Abilify®) har däremot inte en ökad risk för viktökning men är liksom övriga SGA mer sederande än FGA (SBU, 2012; Haack et al., 2009). Sedering är den vanligaste biverkningen efter viktuppgång på SGA (SBU, 2012). Vid SGA som zuklopentixol är det en vanlig biverkning (fler än 1 av 100 men färre än 1 av 10) med muntorrhet och hjärtklappning, huvudvärk och koncentrationssvårigheter, ökad salivproduktion, miktionssvårigheter, matsmältningsbesvär, svettning, insomni, depression, myalgi, synstörningar, onormala drömmar och minskad libido. Olanzapin har ungefär samma biverkningsområden med extra påverkan på förhöjda prolaktinnivåer vilket också är den vanligaste biverkningen på risperidon tillsammans med viktuppgång (Fass.se, 2013bcd). Verkningsprofilen på Abilify (aripiprazole) likställs med risperidon och olanzapin men har betydligt färre metabola biverkningar och är inte prolaktinhöjande som de föregående preparaten, varav risperidon är speciellt prolaktinhöjande (Läkemedelsverket, 2004). Aripiprazole har som vanligast förekommande biverkningar ångest, rastlöshet och dimsyn (Fass.se, 2013a). Psykiska biverkningar förekommer också på SGA. Personer beskriver en känsla av instängdhet och apati vilket inte behöver vara en del av sjukdomen och ska uppmärksammas. Sammanfattningsvis har biverkningsprofilen på neuroleptika förändrats i

och med en övergång från FGA till SGA i kombination med ett arbete för att sänka doser och för att hitta individuella skillnader i vart gränsen ligger för mest effektiva dosering (SBU, 2012).

Sexuella biverkningar vid neuroleptikabehandling

Alla människor har möjlighet till en god sexualitet. Vid sjukdom kan kroppens förmåga till sexuell njutning förändras och för personer som erhåller neuroleptika spelar även biverkningar en mycket stor roll för den sexuella hälsan. Valet mellan medicineringens hälsoeffekt behöver ställas emot biverkningar som sexuell dysfunktion. Behov av njutning, kärlek, avkoppling och bekräftelse är individuellt och kan ha en stor inverkan på en persons livskvalitet. Därför behövs denna fråga lyftas vid valet av medicinering (Hulter, 2009).

Det finns ingen klar bild av förekomsten av sexuella biverkningar hos personer som tar antipsykotisk medicin. Mitchell och Selmes (2007) beskriver hur 62,5% män av deltagarna i en studie i jämförelse med 38,5 % kvinnor upplever sexuell dysfunktion från antipsykotisk medicinering. Samt att 41,7 % av männen och 15,4 % av kvinnorna har stoppat sin medicinering någon gång under behandlingen (Mitchell & Selmes, 2007). Dessa siffror skiljer sig mycket från Seeman (2013a) som beskriver en brittisk kartläggning som visar att 96 % av kvinnor i en jämförelse med 82 % av män med schizofreni upplever minst en sexuell dysfunktion. Undersökningen fann heller ingen skillnad i sexuell dysfunktion hos de som har sex med annan person och de som har sex med sig själva. Författaren betonar den kliniska vikten av ovanstående då hen menar att det finns tidigare undersökningar som utgått från sexuell dysfunktion endast i samband med sex med annan person och då kvinnor med schizofreni ofta inte har någon partner har en tidigare felaktigt antagit att sexuell funktion inte har någon betydelse för kvinnorna.

Seeman (2013a) ser främst till sexuell dysfunktion vilket inte med lätthet kan skiljas från själva sjukdomsbilden hos personer med schizofreni. Haack et al. (2009) fastslår att sexuell dysfunktion förekommer mer hos personer med psykosjukdom än i normalbefolkningen även utan antipsykotisk medicinering. Dessutom skiljer sig symtomen på sexuell dysfunktion mellan män och kvinnor. Män rapporterar framförallt erektionssvårigheter medan kvinnor främst rapporterar bristande sexlust och åtrå (Haack et al., 2009). Seeman (2013a) menar att kvinnor med sexuell dysfunktion framförallt betonar tre problemområden; bristande sexlust, bristande lubrikation och svårigheter att uppnå orgasm. Haack et al. (2009) menar att den totala prevalensen av sexuella biverkningar för män och kvinnor är ungefär likställd. Detta är något som flera studier motsätter sig (Seeman 2013a, Mitchell & Selmes 2007). Schmidt, Hagen, Kriston, Soares-Weiser, Maayan och Berner (2012) har studerat olika behandlingsstrategier för att kunna påverka förmåga till lubrikation, erektion, orgasm, åtrå och lust, ejakulation, sexuell upphetsning och sexuell njutning. Författarna är överens om att ovan nämnda sexuella dysfunktioner begränsar en persons livskvalitet och kan försämra självförtroendet hos individen samt vara en start till relationsproblem.

Endokrinologiska faktorer vid sexuella biverkningar

Prolaktin är ett hormon som bland annat är aktivt i mjölkproduktion vid amning. Frisättning av prolaktin hämmas bland annat av dopamin. Prolaktin hämmar också frisättning av de hormoner som är aktiva vid ägglossning vilket innebär att när prolaktinnivån är hög fungerar

det som ett naturligt preventivmedel då menstruationen upphör, till exempel vid amning. För män och kvinnor påverkas också erektionsförmågan och libidon (Simonsen, Aarkbacke, Hasselström, Nordlund & Lyså 2006). Flera forskare är överens om att prolaktin är av stor betydelse för sexuella biverkningar på neuroleptika (Seeman, 2013ab; Haack et al., 2009; Meyerson, 2002). Haack et al. (2009) menar att hyperprolaktinemi anses vara den mest betydande orsaken till sexuell dysfunktion hos personer som intar antipsykotisk medicinering (Haack et al., 2009). Den exakta mekanismen bakom hur neuroleptika orsakar prolaktinhöjning är inte känd (Meyerson, 2002). Kvinnor med schizofrenisjukdom har visat sig ha en lägre östrogennivå både med och utan medicinsk behandling. Vid behandling med prolaktinhöjande neuroleptika sänks östrogennivån (Seeman, 2013b). Samtidigt ökar också kvinnor i normalbefolkningens sexuella dysfunktion efter menopaus (Seeman, 2013a).

En studie visar att personer som använder prolaktinhöjande neuroleptika upplever 40-60 % mer sexuell dysfunktion än övriga personer med schizofreni som upplever 15-30 % (Seeman, 2013a). Haack et al. (2009) har funnit att kvinnor upplever mer frekvent höjda prolaktinnivåer på samma dos som män. Flera långtidsstudier på neuroleptikabehandling har visat att risken för hyperprolaktinemi är dubbelt så hög för kvinnor som män och att medelvärdet för prolaktinnivån i blodet är dubbelt så hög för kvinnor som för män (Haack et al., 2009). Menstruella oregelbundenheter i samband med neuroleptikabehandling tros bero på hyperprolaktinemi-inducerad hypogonadism. Hypogonadism är en endokrinologisk sjukdom som påverkar fertilitet och innebär en låg produktion av könshormoner så som östrogen och testosteron. Både män och kvinnor kan också börja producera mjölk i bröstkörtlarna (Seeman, 2013b; Haack et al., 2009). Seeman (2013a) beskriver att om prolaktinnivån minskas ökar också fertiliteten och menstruationen. Författaren menar då att detta kan leda till oönskade graviditeter då kvinnor med schizofreni är en riskgrupp för sexuell utsatthet och att det kan finnas svårigheter i att hantera preventivmedel. Dessutom kan hormonella preventivmedel ytterligare tänkas påverka den hormonella balansen. Det neuroleptika som främst minskat effekten av prolaktin är Abilify® (Seeman, 2013).

Seeman (2013b) fastslår att kvinnor i ett tidigt stadie av sin sjukdom, gravida kvinnor och menopausala kvinnor har speciella kliniska behov som kräver förändringar i medicinering i jämförelse med hur det ser ut idag (Seeman, 2013b). Haack et al. (2009) samstämmer till viss del och menar att prolaktinnivån bör uppmärksammas hos kvinnor efter inledd läkemedelsbehandling av neuroleptika. Författaren menar också att könsspecificerade doser bör vara aktuellt om inte situationen tillåter ett byte av läkemedel (Haack et al., 2009). Både Haack et al. (2009) och Seeman (2013b) betonar att kvinnor och män har skild metabolism. Kvinnor har lägre läkemedelsmetabolism och läkemedlen befinner sig således längre i kroppen på kvinnor än män. Därför krävs generellt också en lägre dos för att kvinnor ska få effekt av neuroleptika. Det innebär också att kvinnor upplever mer biverkningar än män på samma dos (Haack et al., 2009; Seeman, 2013b). Haack et al. (2009) menar också att det finns skillnader i läkemedelspåverkan under menscykeln.

Adherence

Adherence är ett begrepp som beskriver vårdtagarens följsamhet till sin medicinering. Tidigare har begreppet compliance använts i liknande sammanhang. Compliance innebär till vilken utsträckning patienten följer den ordinerade rekommendationen. Begreppet adherence utvecklar detta förhållande genom att förtydliga att personen följer den *överenskomna* ordinationen. Det betonas att ordinationen ska ske i samförstånd mellan vårdgivare och

vårdtagare samt att personen har ett val i att följa ordinationen. Begreppet innebär också att ansvaret är delat och att ett misslyckande i att följa ordinationen inte ska skuldbeläggas personen (Horne, Wienman, Barber, Elliott och Morgan, 2005).

Lindfors et al. (2011) menar att det är tydligt att personer med schizofreni har svårigheter att följa sin läkemedelsbehandling även om den har god effekt. Oavsett neuroleptika gör de flesta personer avbrott inom det första året av behandling vilket ökar risken för återfall i psykos och försämrar prognosen. Det betonas att förändringar i samtalet kring läkemedelsbehandling och att involvera närstående är steg mot förbättring. Att få kontroll över sjukdom och medicinering genom kunskap är viktigt och motiverande för att följa ordinerad behandling. Biverkningsbilden är helt avgörande för personens följsamhet och dess effekter på lust och förmåga till sexliv, arbetsförmåga och kognition (Lindfors et al., 2011).

Mitchell och Selmes (2007) menar att anledningar till personers ovilja att påbörja en medicinering, hålla god följsamhet eller vägran att ta sina mediciner kräver mer forskning. En undersökning visar att personer med schizofreni som tar antipsykotiska preparat under det första halvåret av sin behandling har 37,1 % non-adherence. Den största anledningen till non-adherence anser Mitchell och Selmes (2007) vara övervikt. Samtidigt beskriver de också hur merparten av personer i en undersökning upplever sexuella biverkningar utan att medta denna faktor för non-adherence i deras undersökning (Mitchell & Selmes, 2007). En avgörande faktor för framgång med läkemedelsbehandling är utvärdering av given behandling. Detta sker vanligen i alltför ostrukturerad form vilket avsevärt försvårar jämförelser över tid (Lindfors et al., 2011).

En studie av Apantaku-Olajide, Gibbons & Higgins (2011) undersökte sexuell dysfunktion hos vuxna kvinnor och män med psykisk sjukdom med fokus på läkemedelsrelaterad sexuell hälsa samt inställning till läkemedel. Studien syftade till att utreda adherence och korrelationen med sexuella biverkningar. Deltagarna tillfrågades också om deras syn på att diskutera sexuella problem med vårdpersonalen. Studien visade att 41 % hade en nuvarande sexuell dysfunktion kopplad till läkemedelsbehandlingen, 25 % uttryckte en negativ inställning till sin läkemedelsbehandling. Jämfört med personer med en positiv attityd rapporterade de personer med en negativ attityd högre skattning av sexuella biverkningar. Studien fann att deltagarnas upplevda sexuella biverkningar har en negativ inverkan på den subjektiva inställningen till psykofarmaka.

Schmidt et al. (2012) betonar hur sexuella biverkningar är en stor aspekt att ta hänsyn till när tolerabilitet diskuteras. Studien framhåller att sexuella biverkningar i stor utsträckning påverkar personers adherence. Författarna betonar behovet av att göra fler, större och längre studier på vilka strategier som kan hindra sexuella biverkningar för att således öka adherence och livskvalitet (Schmidt et al, 2012). Enligt en översiktsstudie av Xiang et al. (2011) har kvinnor bättre adherence än män trots att det är vanligare för kvinnor både med viktuppgång, höjda prolaktinnivåer och extrapyramidala biverkningar.

En studie om sexuell dysfunktion och adherence visar att 62,5 % av männen och 38,5 % av kvinnorna som upplever sexuell dysfunktion under sin läkemedelsbehandling avbryter sin behandling på grund utav detta. Av deltagarna i studien har 50 % sällan eller aldrig pratat om sexuell hälsa med sin läkare eller sjuksköterska. Hela 80 % av kvinnorna som upplevt sexuell dysfunktion har aldrig diskuterat sexuell hälsa med sin psykiater (Mitchell & Selmes, 2007).

Sjuksköterskans ansvar vid läkemedelsbehandling

Den medicinska ordinationen är läkarens ansvar (Fröberg, 2000). Sjuksköterskan har ett uttalat ansvar att vara vårdtagarens försvarare och talesman rörande läkemedelsbehandling och utvärdera läkemedelseffekten (Socialstyrelsen 2005, Psykiatriska riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor har sjuksköterskan ett ansvar att "Uppmärksamma patienter som ej själva uttrycker informationsbehov eller som har speciellt uttalade informationsbehov" samt "ha förmåga att motverka komplikationer i samband med sjukdom, vård och behandling" (Socialstyrelsen, 2005). International Council of Nurses (ICN) (Svensk sjuksköterskeförening, 2007) betonar i sin beskrivning av sjuksköterskans yrke att "Sjuksköterskan ansvarar för att ge den enskilde individen information som ger förutsättningar till samtycke för vård och behandling. Ger den information som behövs för att uppnå informerat samtycke och informerar om rättigheten att välja eller vägra behandling". Likaså Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för sjuksköterskor tydliggör att sjuksköterskor ska "ha god kännedom om och värna om patienters rättigheter/möjligheter och kunna förmedla kontakt med rätt instans" (Socialstyrelsen, 2005). ICN betonar också hur sjuksköterskan ska använda sig av ny forskning och använda sig av den forskning som finns för att omvårdnaden ska ske i överensstämmelse med individens säkerhet och värdighet (Socialstyrelsen, 2005). För sjuksköterskor som är specialistutbildade i psykiatri betonas särskilt i deras kompetensbeskrivning att sjuksköterskan "Har fördjupade kunskaper och god förmåga att: ifrågasätta oklara ordinationer från kollegor och andra professioner" (Psykiatriska riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

Hodge och Jespersen (2005) har undersökt hur personer som behandlas med klozapin skattar sina biverkningar och ordinationsförfaranden i förhållande till livskvalitet i en jämförelse med sjuksköterskors uppfattning om vilka aspekter av medicineringen som leder till försämrad livskvalitet. Stora skillnader framkommer. Bland annat anser sjuksköterskor att blodprovtagningen bör vara det som har störst negativ inverkan på personens livskvalitet men endast 19 % av vårdtagarna var besvärade av blodprovtagningen. Personerna som behandlas med klozapin var mer besvärade av till exempel dreglande mun och ökad sömn samt andra faktorer som påverkade deras sociala livssituation och därigenom deras livskvalitet.

Quinn, Happell och Brownes (2012) intervjustudie med psykiatrisjuksköterskor visar att fyra av 16 sjuksköterskor tar upp sexuell hälsa i samtal med deras vårdtagare. Två av dessa nämner det i samband med när de diskuterar biverkningsbilden i allmänhet. Att ta upp sexuell hälsa i sammanhanget kring biverkningar ansågs fördelaktigt och ett naturligt sätt att komma in på samtalsämnet. Av de vårdtagare som tog upp ämnet sexuell hälsa var merparten män. Av de sjuksköterskor som inte tog upp sexuell hälsa i samtal med vårdtagaren uppgav vissa att det kunde bero på att de upplevde ämnet som pinsamt för båda parter särskilt om de var i närliggande ålder med vårdtagaren samt av motsatt kön. Studien bekräftade tidigare forskning som visar att sjuksköterskor inte rutinmässigt tar upp ämnet sexuell hälsa med personer med psykisk sjukdom.

Läkemedelsbiverkningar anses öka och det är angeläget att försöka begränsa allvarliga konsekvenser av dessa biverkningar genom en mer individuellt anpassad behandlingsplan med bland annat tätare och bättre uppföljning av eventuella biverkningar (Lindh & Sahlqvist, 2012).

Problemformulering

Aktuell litteratur visar en stark biverkningsprofil för personer som intar neuroleptika. Aktuell forskning är enade om att sexuella biverkningar är en stor del av biverkningsprofilen på SGA neuroleptika. Genom litteratursökning upptäcktes ett övervägande fokus på den manliga sexualiteten och erektionsproblematik i samband med sexuella biverkningar av neuroleptika i en jämförelse med kvinnor vilket bekräftas av Chavez & Seeman (2006). Kvinnor är också mer utsatta för biverkningar än män relaterat till endokrinologiska och metabola faktorer (Seeman, 2013b; Haack et al., 2009). Forskare har visat att trots detta har kvinnor bättre adherence än män (Xiang et al). Författarna har på grund av denna intressanta relation mellan biverkningar och adherence önskat fördjupa sig i kvinnors situation. Författarna upplever också att det finns brister i sjuksköterskeprogrammet Göteborgs Universitet gällande undervisning om sexuell hälsa och dess påverkan på en persons livskvalitet. Det är osäkert om en grundutbildad sjuksköterska är rustad för att möta och lyfta den här problematiken och uppmärksamma läkemedelseffekter enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005). Litteraturen är enig i att personer med schizofreni är en grupp med påtagligt dålig adherence. För personer med schizofreni som behandlas med neuroleptika, där avbrott i medicineringen snabbt ökar risken för återfall och försämrar långtidsprognosen, kan vikten av god adherence inte nog betonas. Litteraturen och aktuell information från SBU (2012) som riktar sig till personer med schizofreni betonar viktuppgång som främsta anledning till försämrade adherence för personer med schizofreni. Detta trots att forskning visar att majoriteten av personer som intar neuroleptika upplever sexuell dysfunktion. Föreliggande examensarbete ämnar därför söka fördjupad kunskap kring kvinnors biverkningsprofil på neuroleptika med fokus på sexuella biverkningar och dess samband med adherence.

Syfte

Syftet är att i en pilotstudie undersöka hur biverkningsprofilen på depåneuroleptika med fokus på sexuella biverkningar inverkar på kvinnors inställning till medicinering.

Metod

Design

En tvärsnittsstudie gjordes i form av en enkätstudie på en psykosmottagning under tidsperioden 2013-04-13 - 2013-11-04.

Urval

Efter möten med samordnare för forskning och utveckling vid Psykiatri Psykos, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg samt medlemmar av ledningen från en av verksamhetens mottagningar, beslutades att genomföra en undersökning på kvinnor i vuxenpsykiatri som behandlades med depåneuroleptika som ett led i kvalitetssäkringen enligt Kvalitetsstjärnan (Nationella Kvalitetsregistret, 2012).

Datainsamling

Skattning av personers inställning till medicinering gjordes med Drug Attitude Inventory (DAI-10). Skattning av personers upplevelse av biverkningar gjordes med SSP-UKU. Patienterna fyllde i SSP-UKU och DAI-10 i samband med depåinjektion på öppenvårdsmottagningen. 50 formulär delgavs mottagningen på begäran. 19 formulär delades ut till kvinnor som behandlas på mottagningen och 15 lämnades tillbaka (79 % svarsfrekvens). Åldersspannet på respondenterna var 29 - 85 år.

Mätinstrument

SSP-UKU (Perceived Distress Inventory)

SSP-UKU (Perceived Distress Inventory) Version 8. användes för att mäta den totala biverkningsprofilen där sexuella biverkningar ingår (se bilaga 2). Enkäten är ett validitets- och reliabilitetstestat instrument (Lingjaerde, Ahlfors, Bech, Dencker & Elgen, 1987). Instrumentet används som en del i kvalitetssäkringen inom Integrerad Psykiatri i Västra Götalandsregionen. Enkäten består av 48 frågor om biverkningar på neuroleptika inom områdena 1 Psykiska problem. 2 Neurologiska symtom. 3 Autonoma symtom. 4 Andra symtom (Kompetenscentrum för Schizofreni, 2013). Fyra svarsalternativ finns och enbart ett svar efterfrågas. Svarsalternativen är något anpassade till de olika påståendena, exempelvis:

- *Inte alls*
- *Något mer än vanligt / Ja, någon gång / Viss svårighet / Något mindre än vanligt*
- *Mer än vanligt / Ja, måttliga besvär, rätt ofta / Mindre än vanligt*
- *Mycket mer än vanligt / Ja, nästan jämt / Menstruationen uteblev helt*

Nio frågor valdes ut om sexuella biverkningar under tema 4 *andra symtom* där även frågor om hudutslag, klåda, ljusöverkänslighet, förändrad pigmentering samt viktökning och viktnedgång förekommer. Fyra frågor berör sexualitet direkt. De frågor som berör menstruella störningar, mjölk från bröstet och spända bröst ses av författarna som variabler under sexuella biverkningar på grund av dess samhörighet med prolaktinets påverkan på libido och fertilitet enligt Seeman (2013a) och Haack et al. (2009).

De frågor som valdes ut var:

Ökad sexuell lust - *har Du märkt ökat sexuellt intresse eller lust?*

Minskad sexuell lust - *har Du märkt ett avtagande sexuellt intresse eller lust?*

Spänningar i bröstet - *Känner Du spänningar i bröstet eller har bröstet blivit större?*

Mjölk från bröstet - *har Du märkt om det kommer mjölk från bröstet?*

Orgasmfunktion - *har Du märkt någon påverkan på förmågan att få orgasm?*

Torrhet i slidan - *har Du besvär av torrhet i slidan vid samlag?*

Utebliven menstruation - *har Du haft mindre omfattande blödning vid senaste menstruationen?*

Stor menstruation - *har Du haft mer omfattande blödning vid senaste menstruationen?*

Mellanblödningar - *har Du haft blödning mellan menstruationerna?*

DAI-10 (Drug Attitude Inventory)

Skattning av personers inställning till medicinering gjordes med Drug Attitude Inventory (DAI-10) som är ett validerat och reliabilitetstestat instrument (Nielsen RE, Lindström, Nielsen J & Levander, 2012). Instrumentet används som en del av kvalitetssäkringen inom Integrerad Psykiatri i Västra Götalands Regionen (Kompetenscentrum för Schizofreni, 2013).

Skattningsformuläret består av tio påstående där personerna får instämma genom att svara sant eller osant (se bilaga 3). Enkäten används för att utreda attityder till medicinering och därigenom få en bild av personens adherence. Ett exempel på ett påstående är: “*Jag tar min medicin bara när jag är dålig*” och “*Jag känner mig konstig, som levande död, under medicineringen*”. Genom de tio påstående räknas en total poäng ut där deltagaren får - 1 poäng för varje svar som indikerar dålig adherence och + 1 poäng för varje svar som indikerar god adherence. Maxpoäng är således + 10 poäng och minimum - 10 poäng. Om deltagaren svarar ≤ 0 indikerar detta dålig adherence (UKPPG, 2006).

Statistisk analys

Svar från enkäterna analyseras med hjälp av datorprogrammet IBM SPSS Statistics Data Editor version 22. Inledningsvis togs statistik fram över svarsfrekvens i SSP-UKU. 18 biverkningar med högst svarsfrekvens inom de fyra indelningarna i SSP-UKU valdes ut. Minskad sexlust valdes ut som representant för sexuell dysfunktion då den hade högst svarsfrekvens bland sexuella biverkningar i SSP-UKU. Därefter gjordes en korrelationsanalys med Spearman's rho med de valda biverkningarna i förhållande till minskad sexlust. Ur det resultatet valdes de biverkningar som hade samband med minskad sexlust och analyserades i en korrelationsanalys med Spearman's rho mot DAI-10. Även övriga biverkningar i SSP-UKU analyserades i en korrelationsanalys med Spearman's rho mot DAI-10. Gränsen för statistisk signifikans är satt vid $p < 0.05$. Starkt samband sätts vid $p < 0,01$.

Forskningsetik

Enkätundersökningen har skett under informerat samtycke (SFS 2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor genom muntlig information av behandlande sjuksköterska och medföljande informationsblad (se bilaga 4). Då frågor kring sexualitet kan vara ett känsligt ämne (Trost, 2012) är det fördelaktigt att studien sker i enkätform och att frågedelen rörande sexualitet är inkluderad i en större enkät. Att frågor eller påståenden ställs med fasta svarsalternativ underlättar också (Hansagi & Allebeck 1994; Trost, 2012). Att en bekant sjuksköterska tillfrågade kvinnorna vid ordinarie injektionstillfälle minskade också utsattheten och skapade en så “normal” situation som möjligt (Hansagi och Allebeck 1994). Om respondenterna hade frågor efter enkäten hänvisades de till behandlande sjuksköterska genom informationsbladet. Då studien sker på högskolenivå är ej ansökan till etiknämnden är aktuell (Centrala etikprövningsnämnden, 2003).

Anonymiteten har säkrats med hjälp av numrerade enkäter och checklistor över dessa som har bockats av vid utdelning oavsett om deltagaren avböjt eller deltagit. Enkäterna har sedan enligt muntlig instruktion lämnats i en anonym låda i väntrummet vid receptionen. Deltagaren har informerats om att deltagandet är frivilligt, vad studien syftar till genom vilken metod och att deltagaren när som helst kan avbryta sitt deltagande. Identiteten på mottagningen där studien utfördes har anonymiserats i metodbeskrivningen. Åtgärderna har på så sätt skyddat de svarandes integritet (Eliasson, 2013).

Resultat

De biverkningar som tas upp i resultatet var de biverkningar som var högst skattade i SSP-UKU samt representerade i litteraturen. 18 delar har valts ut inom SSP-UKU för att representera områdena 1 Psykiska problem. 2 Neurologiska symtom. 3 Autonoma symtom. 4 Andra symtom.

I tabell 1 beskrivs svarsfrekvensen på de 18 utvalda biverkningsområdena. De fem högst skattade biverkningsområdena är trötthet, ökad sömn, viktökning, minskad sexuell lust och utebliven menstruation.

Tabell 1. Svarsfrekvens av biverkningar skattade med SSP-UKU.

Biverkningar	Median	Medelvärde	Min	Max
Trötthet	1	1,27	0	3
Sömnighet	1	0,87	0	3
Ökad sömn	1	1,46	0	3
Ökad drömmaktivitet	0	0,57	0	3
Oro, spänning	0	0,85	0	3
Nedstämdhet, depression	0	0,69	0	3
Emotionell likgiltighet	0	0,57	0	3
Darrningar, skakningar	0	0,38	0	2
Stelhet i musklerna	1	1	0	2
Ofrivilliga rörelser	0	0,46	0	2
Ökad svettning	0	0,5	0	3
Viktökning	1	1,14	0	3
Diarré	1	0,85	0	3
Orgasmfunktion	0	0,6	0	3
Torrhet i slida	0	0,27	0	1
Utebliven menstruation	0	1,11	0	3
Spänningar i bröstet	0	0,55	0	3
Minskad sexuell lust	1	1,33	0	3

I Tabell 2 beskrivs de 18 valda biverkningsområdena i SSP-UKU i förhållande till minskad sexlust. Minskad sexlust valdes ut för att representera sexuell dysfunktion. Trötthet var det som hade störst samband i förhållande till minskad sexlust även torrhet i slidan och viktökning har ett samband med minskad sexlust.

Tabell 2. Sambandet mellan utvalda biverkningar av SSP-UKU mot minskad sexlust.

Frågeområde från Enkät	r_s	P
Trötthet	0,703	0,011
Torrhet i slida	0,671	0,024
Viktökning	0,639	0,025
Oro, spänning	0,599	0,04
Orgasmfunktion	0,643	0,045
Ofrivilliga rörelser	0,222	0,487
Diarré	0,573	0,052
Ökad svettning	0,572	0,052
Ökad sömn	0,5	0,098
Stelhet i musklerna	0,408	0,188
Darrningar, skakningar	0,445	0,147
Ökad dröm	0,403	0,194
Utebliven menstruation	0,484	0,187
Emotionell likgiltighet	0,57	0,053
Sömnighet	0,216	0,5
Nedstämdhet	0,544	0,067
Ålder	-0,121	0,708
Spänningar i bröstet	0,474	0,141

Tabell 3 visar de biverkningsområden som visade ett samband med minskad sexlust inom SSP-UKU i en korrelationsanalys med DAI-10. Minskad sexlust i en korrelationsanalys med DAI-10 presenteras också i tabellen. Biverkningarna sömnighet och orgasmfunktion visar sig ha ett starkt samband med en lågt skattad DAI-10.

Tabell 3. Sambandet med utvalda biverkningar från SSP-UKU mot DAI-10.

Biverkningsområden	r_s	P
Trötthet	-0,498	0,099
Minskad sexlust	-0,21	0,56
Torrhet i slida	0,229	0,553
Sömnighet	-0,765	0,004
Oro, spänning	-0,555	0,076
Viktökning	-0,329	0,296
Orgasmfunktion	-0,788	0,007

Tabell 4 visar på övriga biverkningsområden i SSP-UKU som har samband med DAI-10 i en korrelationsanalys. Utöver biverkningsområdena är även med i korrelationsanalysen.

Tabell 4. Sambandet med biverkningar från SSP-UKU och DAI-10

Biverkningar i SSP-UKU	r_s	P
Nedstämdhet, depression	-0,659	0,027
Minskad sömn	0,655	0,04
Ökad drömmaktivitet	-0,688	0,013
Emotionell likgiltighet	-0,597	0,04
Stelhet i muskler	-0,714	0,009
Ålder	0,571	0,052

Metoddiskussion

För att besvara studiens syfte valdes enkätundersökning som datainsamlingsmetod. En fördel med enkätundersökning som metod är möjligheten att nå ett stort urval under relativt kort tid. Möjligheten finns också att nå stora geografiska områden. Respondenterna hade fördelen att genom valet av datainsamlingsmetod i lugn och ro svara på frågor/påståenden. Känsliga frågor och svar försvårades inte heller av en eventuell intervjuares närvaro (Ejlertsson, 2005). En annan svårighet med enkätundersökning kan vara att veta att rätt urvalsgrupp besvarar enkäten (Dalland, 2000). Detta underlättades genom den personliga förfrågningen om deltagande av den behandlande sjuksköterskan. I denna pilotstudie delades slutligen enbart 19 enkäter ut i ett begränsat urval. Ett så kallat bekvämlighetsurval (Trost, 2012) gjordes delvis vid val av urval i studien. Enkäterna delades ut på den valda mottagningen på rekommendation av ledningen inom Psykiatri Psykos. Vid ett bekvämlighetsurval menar Trost (2012) att det är svårt att säga i vilken utsträckning respondenterna representerar en population i en större studie. Dalland (2000) menar att respondenterna måste vara representerbara för hela populationen för att studien ska kunna vara generaliserbar. Pilotstudien kan utifrån detta och den fåtaliga mängden respondenter inte göra generaliseringar av resultatet. Metoden var dock framgångsrik och därför torde den vara användbar i större studier i framtiden med vissa förbehåll rörande enkätfrågornas formuleringar.

Bortfall

Det individuella bortfallet var lågt. Av de totalt 19 enkäter som delades ut kom 15 tillbaka (21 % bortfall). Större externa och interna bortfall är vanligt inom psykiatriska studier (Sonesson, Arvidsson & Tjust, 2012). Studien hade interna bortfall kring vissa biverkningsområden till exempel frågor/påståenden rörande menstruation. Tre av fyra respondenter som ej svarat på frågor/påståenden kring menstruation var >50 år vilket kan förklara bortfallet genom respondenternas troliga postmenopausala status. Bortfall förekom även då respondenter svarade på sammankopplade frågor så som minskad- och ökad trötthet. Hansagi och Allebeck (1994) beskriver denna tendens som ett känt fenomen i internbortfall i enkätundersökningar. Om respondenten svarat att den upplever ökad trötthet finns det tendenser till att respondenten avstår att svara på minskad trötthet. Det blir därmed ett bortfall på frågan om minskad trötthet även om respondenterna i den här frågan troligen inte lider av minskad trötthet. Resultatet från enkäterna har testats med och utan interna bortfall, inga signifikanta skillnader förekom.

Informationsbladet (se bilaga 3) informerade om att formuläret med SSP-UKU och DAI-10 skulle ta ca 30 min att fylla i. Ett sådant tilltaget tidsperspektiv kan tänkas vara en anledning till externt bortfall. Även internt bortfall kan påverkas om en studiedeltagare påbörjar men inte orkar avsluta ifyllandet av formuläret alternativt att de svarar på första enkäten (SSP-UKU) men inte på andra (DAI-10). Det externa bortfallet var dock inte stort och en tänkbar förklaring kan vara faktorn att gruppen kvinnor generellt har en bättre följsamhet vad gäller att svara på enkäter och undersökningar (Trost, 2012).

Validitet och reliabilitet

Enligt Trost (2012) beskrivs validitet och reliabilitet för att kunna bedöma trovärdigheten inom kvantitativ forskning. Validitet innebär att instrument mäter det som är avsett att mäta

(Trost 2012). Enkäten SSP-UKU mäter upplevda besvär av behandling och DAI-10 mäter attityden till psykiatriska mediciner och därigenom förväntad adherence. Båda enkäterna är individuellt validitetstestade (Lingjaerde et al., 1987; Nielsen et al., 2012). Reliabilitet innebär att mätningarna ska kunna upprepas och att resultatet vid upprepning ska bli detsamma eller i närheten av detsamma. Ett val av standardiserade enkäter där frågorna och situationen är i närheten av densamma för alla deltagare medför ökad reliabilitet (Trost, 2012). Samtliga respondenter har delgetts samma frågor i en liknande situation. Både enkäten DAI-10 och SSP-UKU är reliabilitetstestade (Lingjaerde et al., 1987; Nielsen et al., 2012).

Enkäterna är utformade 1987 respektive 1993 (Lingjaerde et al., 1987; Nielsen et al., 2012). Frågeformuleringen i SSP-UKU kan anses heteronormativ och ej bejakande av kvinnors sexualitet. Ett exempel kan nämnas rörande biverkningsområdet torrhet i slidan. Frågan är då formulerad: "Har du besvär av torrhet i slidan vid samlag?". I männens enkät lyder frågan om Erektion: "Har du svårt att få erektion?" (Centrum för psykiatrforskning, 2001). Detta visar på en heteronormativ föreställning om att kvinnors sexualliv är beroende av att bli penetrerad av en man. Männens sexualitet sätts inte i ett stängt sammanhang utan kan handla om både sex med andra och sex med sig själv. Frågan i kvinnornas enkät skulle istället kunna formuleras: "Har du besvär av torrhet i slidan (bristande lubrikation) trots att du är upphetsad?" alternativt "Har du svårt att få lubrikation (bli våt) / klitorisstånd?". Enkäterna har också ett bristande HBTQ-perspektiv och riktar sig till de biologiska könen utan att förtydliga detta i den inledande informationen. Inte heller förtydligas detta i bifogat informationsblad. Att sexuella biverkningar som är en tydlig del av biverkningsprofilen på neuroleptika beskrivs under 4. andra symtom i SSP-UKU bidrar heller inte till att uppmärksamma sexuell hälsa på ett positivt eller proportionerligt sätt i förhållande till biverkningarnas förekomst. Frågor rörande fertilitet eller upplevd fertilitet ställdes inte heller i SSP-UKU trots att infertilitet är en direkt effekt av hyperprolaktinemi (Seeman, 2013a). Det finns heller ingen möjlighet att genom formuläret utröna religiösa och kulturella värderingar vilket alltid har en inverkan på sexologiska frågeställningar (Jacobsson-Widding, 2002) men som också kan tänkas påverka attityden till medicinering, exempelvis om det förekommer en högaktning för läkaryrket som spelar in på personens adherence.

Pilotstudie

Frågeställningar har väckts kring metoden och dess utförbarhet i en större studie. I en större studie skulle ytterligare fakta kunna inskaffas för att öka förståelsen för problemområdet. Information om exempelvis typ av neuroleptika och dos skulle kunna vara medtas för att kunna se skillnader i dosrelaterade biverkningar i en större population. För att vidare utröna social påverkan vore det av intresse att se till social status och relationsstatus i samband med bland annat sexuell lust. Även ålders påverkan på både attityd och förekomst av sexuell lust skulle kunna medtas i en större undersökning. Intressant vore att i samband med undersökningen be personer själva värdera biverkningar i förhållande till livskvalitet samt huruvida den terapeutiska effekten överväger mot biverkningsprofilen. Livsstil, rökning och missbruk är också faktorer som påverkar hälsan ytterligare negativt och som vore intressanta att medta i en undersökning.

Resultatdiskussion

Resultatet finner en stark biverkningsprofil och bekräftar således den sedan tidigare kända biverkningsproblematiken med neuroleptika (SBU, 2012; Haack et al., 2009; Lindefors et al., 2011; Seeman, 2013ab; Mitchell & Selmes, 2007).

Ett samband finns mellan viktökning, försämrad orgasmfunktion och minskad sexlust inom SSP-UKU. Då övervikt och metabola syndromet är vanligt förekommande hos personer som intar neuroleptika (Haack et al., 2009; Mitchell & Selmes, 2007) och det i resultatet framkommer ett starkt samband med viktuppgång och sexuella biverkningar har sambandet där emellan därför undersökts vidare. Vid en sökning på sambandet mellan sexuell dysfunktion hos kvinnor, övervikt och metabola syndromet, utan koppling till neuroleptika eller schizofreni, framkommer en tydlig relation mellan övervikt och sexuell dysfunktion. Enligt Esposito, Giugliano F, Ciotola, De Sio, Armiento och Guigliano D (2008) innebär övervikt för kvinnor svårigheter med sexuell lust och försämrad orgasmfunktion. Problematiken anses bero på en kombination av psykosociala faktorer och fysisk ohälsa. Den sexuella dysfunktionen associerades även med försämrad livskvalitet och försämrade sociala relationer (Esposito et al., 2008). Detta stämmer också med Schmidts et al. (2012) resultat som visar på att sexuella dysfunktioner försämrar individens självförtroende, begränsar livskvaliteten och kan leda till relationsproblem (Schmidt et al 2012). Förekomsten av förhöjda blodfetter som kan ses vid metabola syndromet och övervikt har också konstaterats ha ett samband med sexuell dysfunktion hos kvinnor (Martelli, Valisella, Moscatiello, Matteucci, Lantadilla, Constantino, Pelusi, Marchesini & Meriggiola, 2011). Resultatet ger upphov till frågor om vidare samband mellan övervikt och hur det kan urskiljas mellan sexuell dysfunktion relaterad till övervikt från sexuell dysfunktion relaterad till neuroleptikabehandling inom biverkningsprofilen.

Utöver sexuella biverkningar finns också ett samband mellan viktökning och nedstämdhet, ökad sömn, oro/spänning, muskelstelhet och diarré vilket innebär att de personer som lider av viktuppgång har en allmänt stark biverkningsprofil enligt resultatet. Biverkningsprofilen för dessa personer överskrider samtliga frågeområden i SSP-UKU. Intressant är att det inte finns något samband med den starka biverkningsprofilen och ålder trots att äldre individer kan tänkas ha intagit neuroleptika under längre tid. Äldre personer har dessutom i större utsträckning intagit FGA-neuroleptika som ofta har gett bestående extrapyramidala biverkningar (SBU, 2012).

Nedstämdhet och depression, viktökning och sexuell dysfunktion har ett samband i resultatet och kan tänkas vara beroende av varandra. Viktökning och sexuell dysfunktion kan som ovan beskrivet av Esposito et al. (2008) och Schmidt et al. (2012) leda till försämrad livskvalitet och problem i sociala relationer. Detta i sig kan tänkas leda till nedstämdhet och depression. Negativa symtom så som nedstämdhet och depression är både en del av sjukdomsbilden genom kvarvarande funktionshinder och biverkningsbilden. I de fall nedstämdhet och depression behandlas med antidepressiva läkemedel är enligt Ottosson (2010) sexuell dysfunktion och viktökning en del av biverkningsprofilen på de vanligt förekommande SSRI-preparaten. Biverkningarna av dessa antidepressiva läkemedel anses dosberoende och övergående vid fortsatt behandling (Ottosson, 2010). Detta till skillnad från biverkningsprofilen på neuroleptika som ofta är kvarstående och i vissa fall permanent (SBU, 2012; Ottosson 2010). Då personer behandlats med neuroleptika under längre tid torde därför biverkningsbilden gällande viktuppgång och sexuell dysfunktion huvudsakligen tillhöra effekten av neuroleptika och inte långvarig samtidig medicinering med antidepressiva

läkemedel. Respondenterna tillfrågades inte specifikt om sina läkemedel på inrådan av ledningen på psykosmottagningen som såg svårigheter i respondenternas förmåga att uppges dessa korrekt. Mottagningen uppger dock att samtliga respondenter intar SGA neuroleptika. Kunskap om vilka neuroleptika personerna erhåller skulle vara intressant i en större studie där biverkningsområden och eventuell försämrad adherence skulle kunna kopplas till olika specifika preparat.

Resultatet besvarar studiens syfte och visar på ett samband mellan en stark biverkningsprofil och försämrad adherence i likhet med resultat från Mitchell och Selmes (2007) samt Apatanaku-Olajide et al. (2011). Resultatet visar också ett starkt samband mellan dålig adherence och försämrad orgasmfunktion vilket ytterligare svarar på studiens syfte. Dessutom bekräftar det Seeman (2013a) som menar att försämrad orgasmfunktion betonas av kvinnor som intar neuroleptika. I likhet med Apatanaku-Olajide et al. (2011) medtas sexuella biverkningar i resultatet i en jämförelse med adherence till skillnad från Mitchell och Selmes (2007) metod där enbart den övriga biverkningsprofilen ställs mot adherence. Sex personer av fjorton (43 %) uppger att de har minskad sexuell lust utan att detta innebär ett samband med dålig adherence. Andra biverkningar som har samband med DAI-10 var nedstämdhet, minskad sömn, ökad dröm, emotionell ligkiltighet, muskelstelhet, försämrad orgasmfunktion och minskad sexlust. Här kan sömnproblematik, nedstämdhet och emotionell ligkiltighet tänkas ha effekt på varandra. Likaså nedstämdhet, depression kan tänkas påverka försämrad orgasmfunktion som både är en psykisk och fysisk funktion. Muskelstelhet kan också tänkas påverka orgasmfunktionen negativt. Den starka biverkningsprofilen kan göra det svårt att urskilja sexuella biverkningar betydelse för adherence i jämförelse med andra biverkningsområden. Intressant skulle vara om respondenterna kunde skatta vilka av biverkningsområdena de själva upplever påverkar deras livskvalitet mest. Det kan vara svårt för sjuksköterskan att avgöra vilka biverkningar som innebär störst lidande och enligt Hodge och Jespersen (2008) har studier visat att sjuksköterskor ofta bedömer detta felaktigt. De fyra av fjorton respondenter som visade på dålig adherence genom DAI-10 hade samtliga en stark biverkningsprofil med minskad sexuell lust, försämrad orgasmfunktion, emotionell ligkiltighet, trötthet och muskelstelhet. Apatanaku-Olajide et al. (2011) fann att sexuella biverkningar har en negativ inverkan på personers inställning till psykofarmaka. En negativ inställning kan tänkas bidra till ett synliggörande av andra biverkningsområden då personer kan tänkas uppmärksamma det negativa i tillvaron vilket skulle kunna stärka rapporteringen av biverkningar. Den starka biverkningsbilden är dock i sig en tydlig markör för försämrad adherence.

Sexuella biverkningar direkt relaterade till prolaktin så som menstruella uppehåll visade sig svåra att studera i en grupp med många äldre där menstruella uppehåll är naturligt förekommande (Seeman, 2013b). För att få en bättre bild krävs en yngre eller större urvalsgrupp. Enligt Meyerson (2010) framkommer det även att kvinnor har en mindre benägenhet att rapportera sexuella effekter av hyperprolaktinemi då effekterna till viss del kan förklaras med förväntade åldersrelaterade hormonella förändringar (Meyerson, 2010). Om kvinnorna inte blivit informerade om effekterna av hyperprolaktinemi i samband med medicinering av neuroleptika torde de således söka naturliga förklaringar på exempelvis menstruella uppehåll och spända bröst och ej rapportera dessa som biverkningar.

Resultatet, i enlighet med tidigare forskning på biverkningar av neuroleptika, visar ett samband mellan mängden biverkningar och adherence (Lindfors et al. 2011; Quinn et al. 2011; Apatanaku-Olajide et al. 2011; Mitchell & Selmes, 2007). Sjuksköterskan har ett tydligt formulerat ansvar vad gäller information om läkemedels verkan och biverkningar.

Dessutom har sjuksköterskan ett ansvar som vårdtagarens företrädare att skydda vårdtagaren från onödigt lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2007). Ett byte av läkemedel kan ge avgörande individuella skillnader för adherence genom en förändring av biverkningsprofilen. Utöver byte av dos eller läkemedel finns socialt stöd och andra läkemedel och hjälpmedel som kan förbättra personens situation (Seeman, 2013b). Kandidatarbetet bidrar med att ytterligare belysa behovet av att individualisera läkemedelsbehandlingen och då även ta hänsyn till kön (Haack et al. 2009; Seeman 2013b). Då kvinnor som grupp har en generellt bättre adherence än män (Xiang et al. 2011) kan det också innebära ett större tyst lidande som bör uppmärksammas. Resultatet ger upphov till frågor om hur sexuell hälsa kan inkluderas i samtal mellan vårdtagare och vårdgivare. Sjuksköterskan har enligt Quinn et al. (2011) en god möjlighet att ta upp samtal om sexuell hälsa i samband med en diskussion om biverkningsprofilen men författarna finner också svårigheter i kommunikation rörande sexuell hälsa. Ämnet ska inte undvikas i en så pass utsatt grupp som kvinnor med schizofreni är då den totala biverkningsprofilen enligt Lindefors et al. (2011), Mitchell och Selmes (2007) och Schmidt et al. (2011) är avgörande för adherence och livskvalitet.

Konklusion

Pilotstudien som har gjorts antyder att kvinnor som intar neuroleptika har en stark biverkningsprofil vilken inkluderar sexuella biverkningar som visar samband med försämrad adherence. Resultatet överensstämmer till stor del med den begränsade forskning som finns. För att få en mer fullständig bild av området krävs vidare forskning på större grupper. Dessutom behövs vårdgivarnas bild av problemområdet. Det hade också varit intressant att genom intervjustudier med sjuksköterskor diskutera problematiken i att tala om sex och sexualitet med vårdtagare. Mer forskning behövs på sexuella biverkningar inverkan på adherence för att stärka evidensen och därmed skapa en ökad tyngd i forskningen som gör det svårt för sjukvården att blunda för utsatta gruppers behov av förbättrad läkemedelsbehandling.

Det bör ingå i sjuksköterskans grundutbildning att tala om ämnen som sex och sexualitet då det berör många aspekter av en människas liv och livskvalitet. Samtal om sexuell hälsa är en förutsättning för att kunna fullfölja sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2005) gällande information kring medicinering och biverkningar.

Referenslista

- Abel, K. M., Drake, R., & Goldstein, J. M. (2010). Sex differences in schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 417-428.
- Apantaku-Olajide, T., Gibbons, P., & Higgins, A. (2011). Drug-induced sexual dysfunction and mental health patients' attitude to psychotropic medications. *Sexual and Relationship Therapy*, 26(2), 145-155.
- Centrala etikprövningsnämnden (2003) *Vad ska etikprövas?* Hämtad: 2013-11-16
<http://www.epn.se/sv/start/bakgrundbestaemmelser/vad-ska-etikproevas/>
- Centrum för psykiatriforskning (2001) *SSP-UKU Självsfattningsskala* Hämtad:2013-12-10
<http://media.psykab.se/2011/01/UKU-Biverkningar-M%C3%A9A9N.pdf>
- Chaves, A. C., & Seeman, M. V. (2006). Sex selection bias in schizophrenia antipsychotic trials. *J Clin Psychopharmacol*, 26(5), 489-494. doi:
10.1097/01.jcp.0000236652.78168.ee
- Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G., & Axelsson, J. (2005). *Enkäten i praktiken : en handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Eliasson, A. (2013). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur.
- Esposito, K., Giugliano, F., Ciotola, M., De Sio, M., D'Armiento, M., & Giugliano, D. (2008). Obesity and sexual dysfunction, male and female. *International Journal of Impotence Research*, 20(4), 358-365.
- Fass.se. (2012a) Abilify. Hämtad 2013-11-08 från
<http://www.fass.se/LIF/product?14&userType=0&nplId=20060203000010>
- Fass.se. (2012b) *Cisodinol*. Hämtad 2013-11-08 från
<http://www.fass.se/LIF/product?7&userType=0&nplId=19820903000093>
- Fass.se. (2012c) Risperdal Consta Hämtad 2013-11-08 från
<http://www.fass.se/LIF/product?16&userType=0&nplId=20040305000163>
- Fass.se. (2012d) *Zyprexa*, Hämtad 2013-11-08 från
<http://www.fass.se/LIF/product?11&userType=0&nplId=20010702000011>
- Fröberg, U. H. (2000). *Läkemedelshantering i hälso- och sjukvården m m : det nya regelverket med kommentarer och författningsbestämmelser*. Lidingö: Institutet för medicinsk rätt (IMR).

- García, M. C., Vidal, M., & Ramos, R. (2006). P.3.a.026 Sexual side effects of antipsychotics and treatment adherence. *European Neuropsychopharmacology*, 16, Supplement 4(0), S378.
- Haack, S., Seeringer, A., Thürmann, P. A., Becker, T., & Kirchheiner, J. (2009). Sex-specific differences in side effects of psychotropic drugs: Genes or gender? *Pharmacogenomics*, 10(9), 1511-1526.
- Hansagi, H., & Allebeck, P. (1994). *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård : handbok för forskning och utvecklingsarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Hodge, K., & Jespersen, S. (2008). Side-effects and treatment with clozapine: a comparison between the views of consumers and their clinicians. *Int J Ment Health Nurs*, 17(1), 2-8. doi: 10.1111/j.1447-0349.2007.00506.x
- Horne R, Weinman J, Barber N, Elliot R, Morgan M. (2008). *Concordance, adherence and compliance in medicine taking*. Report for the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization R & D (NCCSDO) doi: http://www.nets.nihr.ac.uk/_data/assets/pdf_file/0009/64494/FR-08-1412-076.pdf
- Hulter, B (2009) *Sexualitet*. I Edberg, A-K & Wijk, H (Red) *Omvårdnadens grunder – hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur, s 677-709.
- Kompetenscentrum för Schizofreni. (2013). *Integrerad psykiatri*. Hämtad 2013-11-15 [http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/Omr%C3%A5de%20Psykiatri%20Psykos/KCS/Integrerad Psykiatri rev 130823.pdf](http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/Omr%C3%A5de%20Psykiatri%20Psykos/KCS/Integrerad%20Psykiatri%20rev%20130823.pdf)
- Jacobson-Widding, A. (2002). *Kultur, samhälle och sexualitet*. I Lundgren, P O & Löfgren-Mårtenson, L (Red) *Sexologi (3 uppl)*. Stockholm: Liber Kap 14
- Lindfors, N., Jarbin, H., & Lindström, K. (2011/2012). *Psykos*. I H. Ramström (Red.), *Läkemedelsboken (s.1057- 1070)*. Läkemedelsverket.
- Lindh, M., & Sahlqvist, L. (2012). *Säker vård : att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Lingjaerde, O., Ahlfors, U. G., Bech, P., Dencker, S. J., & Elgen, K. (1987). The UKU side effect rating scale. A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 334, 1-100.
- Läkemedelsverket (2004) *Abilify (aripiprazol)* Hämtad 2013-11-12, från <http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Allmanhet/Lakemedel/Nya-lakemedel/Abilify-aripiprazol/>
- Martelli, V., Valisella, S., Moscatiello, S., Matteucci, C., Lantadilla, C., Costantino, A., . . . Merigiola, M. C. (2012). Prevalence of sexual dysfunction among postmenopausal women with and without metabolic syndrome. *J Sex Med*, 9(2), 434-441. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02517.x

- Meyerson, B (2010) *Neuroendokrin reglering av sexuellt beteende*. I Lundgren, P O & Löfgren-Mårtenson, L (Red) *Sexologi* (3 uppl). Stockholm: Liber Kap 4
- Mitchell, A. J., & Selmes, T. (2007). Why don't patients take their medicine? Reasons and solutions in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(5), 336-346. doi: 10.1192/apt.bp.106.003194
- Nationella Kvalitetsregister. (2012). Kvalitetsstjärnan. Hämtad 2013-11-20 :, http://www.kvalitetsstjarnan.se/Information/4_sidingen_om_Qstar_t_webben.pdf
- Nielsen, R. E., Lindstrom, E., Nielsen, J., & Levander, S. (2012). DAI-10 is as good as DAI-30 in schizophrenia. *Eur Neuropsychopharmacol*, 22(10), 747-750. doi: 10.1016/j.euroneuro.2012.02.008
- Ottosson, J.-O. (2010). *Psykiatri*. Stockholm: Liber.
- Psykiatriska riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård*. Hämtad 2013-12-16: http://www.psykriks.se/psykiatri_tillwebb.pdf
- Quinn, C., Happell, B., & Browne, G. (2012). Opportunity lost? Psychiatric medications and problems with sexual function: a role for nurses in mental health. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3/4), 415-423. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03908.x
- SBU. (2012). *Schizofreni : läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation : en systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- Schmidt, H. M., Hagen, M., Kriston, L., Soares-Weiser, K., Maayan, N., & Berner, M. M. (2012). Management of sexual dysfunction due to antipsychotic drug therapy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(11).
- Seeman, M. V. (2013 A). Loss of libido in a woman with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 170(5), 471-475. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12111475
- Seeman, M. V. (2013 B). Women and schizophrenia: New findings. *Neuropsychiatry*, 3(4), 423-431.
- SFS 2003:460 *om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 2010:1969 *Personuppgiftslag* Stockholm: Regeringskansliet
- Simonsen, T., Aarbakke, J., Hasselström, J., Nordlund, H., & Lyså, R. (2002). *Illustrerad farmakologi. 2, Sjukdomar och behandling*. Stockholm: Natur och kultur.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen. (2013). *Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd : komplettering av nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd : preliminär version*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sonesson, O., Arvidsson, H., & Tjus, T. (2013). Effectiveness of psychiatric inpatient care. *Scand J Caring Sci*, 27(2), 319-326. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01036.x
- Svensk sjuksköterskeförening. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Trost, J. (2012). *Enkätboken*. (4., uppdaterade och utök. uppl.) Lund: Studentlitteratur
- Ukppg. (2006). Drug attitude inventory. Hämtad: 2013-12-02, from <http://www.ukppg.org.uk/DAI-10.html> <http://www.ukppg.org.uk/DAI-10.html>
- Xiang, Y. T., Wang, C. Y., Si, T. M., Lee, E. H., He, Y. L., Ungvari, G. S., . . . Sartorius, N. (2011). Sex differences in use of psychotropic drugs and drug-induced side effects in schizophrenia patients: findings of the Research on Asia Psychotropic Prescription (REAP) studies. *Aust N Z J Psychiatry*, 45(3), 193-198. doi: 10.3109/00048674.2010.538839

**OMR 6:1 BILAGA KVINNOR
PATIENT 1 (10)**

**Upplevda besvär
SSP-UKU Självskattningskala
Perceived Distress Inventory**

Vi önskar få veta direkt av Dig hur Du upplever den behandling som Du får.
För varje besvär som anges nedan ber vi Dig kryssa för det alternativ som bäst
motsvarar tillståndet under de senaste två veckorna.

**1. Psykiska problem
Koncentrationsförmåga**

1.1 Har Du svårigheter att samla tankarna eller förstå sammanhanget när Du läser,
samtalar, ser på TV eller lyssnar på radio?

- Inte alls
- Något mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

Trötthet, uttröttbarhet

1.2 Känner Du trötthet, blir Du fort uttröttad eller måste Du vila ofta för att orka
fortsätta med vad Du håller på med?

- Inte alls
- Något mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

Sömnighet

1.3 Känner Du Dig mer sömrig än vanligt eller har Du svårt att hålla Dig vaken
under dagen?

- Inte alls
- Något mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

**OMR 6:1 BILAGA KVINNOR
PATIENT 2 (10)**

Minnessvårigheter, glömska

1.4 Har Du märkt att Du är mer glömsk än vanligt, att Du inte kommer ihåg enkla saker eller att minnet sviker Dig?

- Inte alls
- Något mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

Nedstämdhet, depression

1.5 Har du en känsla av ledsenhet, nedstämdhet, håglöshet eller modlöshet, meningslöshet?

- Inte alls
- Något mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

Oro, spänning

1.6 Känner Du Dig nervös, orolig, spänd eller har Du svårt att slappna av?

- Inte alls
- Något mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

Ökad sömn

1.7 Sover Du mer eller längre och tyngre än vanligt?

- Inte alls
- Något mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

Minskad sömn

1.8 Sover Du mindre eller lättare än vanligt?

- Inte alls
- Något mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

**OMR 6:1 BILAGA KVINNOR
PATIENT 3 (10)**

Ökad drömvärdhet

1.9 Drömmar Du mer än eller livligare än vanligt?

- Inte alls
- Något mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

Emotionell likgiltighet

1.10 Har Du en känsla av likgiltighet eller apati inför vad som händer omkring Dig?

- Inte alls
- Något mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

2. Neurologiska symptom

Muskelvärk, muskelkramper

2.1 Har Du fått besvär av muskelvärk, muskelspänning eller muskelkramper någonstans i kroppen?

- Inte alls
- Lätta, enstaka tillfällen
- Måttliga, ja definitivt
- Svåra, ofta förekommande

Stelhet i muskler

2.2 Har du fått besvär av stelhet i musklerna vid rörelse?

- Inte alls
- Lätta, enstaka tillfällen
- Måttliga, ja definitivt
- Svåra, ofta förekommande

Långsamma rörelser

2.3 Har du besvär med att komma igång med rörelser eller att Du rör Dig långsammare än vanligt?

- Inte alls
- Något mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

PATIENT 4 (10)

Ofrivilliga rörelser

2.4 Besväras Du mer än vanligt av ofrivilliga rörelser, t ex i huvudet, ansiktet, armar, ben eller bål?

- Inte alls
- Ja, någon gång
- Ja, måttliga besvär, rätt ofta
- Ja, nästan jämt

Darrningar, skakningar

2.5 Besväras Du mer än vanligt av darrningar eller skakningar i händer, fötter eller i övrigt?

- Inte alls
- Någon gång
- Ofta
- Nästan jämt

Ökat behov av att vara i rörelse

2.6 Har Du märkt ett ökat behov av att vara i rörelse, vandra omkring eller att Du har svårt att sitta stilla på ett ställe?

- Inte alls
- Någon gång
- Ofta
- Nästan jämt

Epileptiska anfall

2.7 Har Du haft något anfall då Du känner Dig frånvarande för en kort stund, eller haft krampanfall och samtidigt varit avsvimmad?

- Inte alls
- Enstaka tillfällen
- Flera tillfällen
- Dagligen, flera gånger per dag

**OMR 6:1 BILAGA KVINNOR
PATIENT 5 (10)**

Stickningar, krypningar i kroppen

2.8 Besväras Du mer än vanligt av stickningar, krypningar eller brännande känsla i skinnet någonstans på kroppen?

- Inte alls
- Någon gång
- Ja, ofta
- Nästan jämt

Huvudvärk

2.9 Har Du besvär av huvudvärk oftare eller svårare än vanligt?

- Inte alls
- Något mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

3. Autonoma symptom

Svårt att se på nära håll

3.1 Besväras Du mer än vanligt av svårigheter att se på nära håll, t ex att läsa tidningstext, att skriva för hand, att handarbeta med sömnad, broderi, stickning, virkning eller liknande?

- Inte alls
- Viss svårighet
- Klarar bara stor text eller att handarbeta med större föremål
- Kan inte se att läsa eller handarbeta alls

Ökad salivavsöndring

3.2 Besväras Du av ökad salivavsöndring?

- Inte alls
- Ökat, men utgör inga problem
- Måste spotta ofta
- Svåra besvär, måste torka mig om munnen, kudden blir blöt under sömn

Muntorrhet

3.3 Besväras Du av muntorrhet?

- Inte alls
- Något mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

**OMR 6:1 BILAGA KVINNOR
PATIENT 6 (10)**

Illamående, kräkningar

3.4 Besväras Du av illamående och/eller kräkningar?

- Inte alls
- Något illamående
- Ordentligt illamående
- Kräks eller vill kräkas

Diarré

3.5 Har avföringen varit lösare än normalt eller har Du haft diarré?

- Inte alls
- Något, men inga problem
- Måste ofta gå på toaletten
- Diarré, svårt att hålla avföringen

Förstoppning

3.6 Besväras Du av trög avföring eller förstoppning?

- Inte alls
- Något trög i magen
- Mycket trög i magen
- Helt förstoppad, måste laxera

Vattenkastningsbesvär

3.7 Har Du besvär med att kasta vatten?

- Inte alls
- Svårt att komma igång
- Svag stråle, tar längre tid än vanligt
- Kan inte kasta vatten, måste få hjälp

Ökat behov av att kasta vatten

3.8 Måste Du kasta vatten oftare än vanligt och/eller dricka vatten oftare än vanligt?

- Inte alls
- Ja något oftare än vanligt, måste gå upp om natten oftare än vanligt
- Ja, kastar vatten flera gånger dagligen och är ofta törstig
- Ja, mycket ofta, även om natten, dricker mycket vatten

**OMR 6:1 BILAGA KVINNOR
PATIENT 7 (10)**

Yrsel vid uppresning

3.9 Besväras Du av yrsel, svimningskänsla eller av att det svartnar för ögonen när Du reser Dig upp från liggande ställning?

- Inte alls
- Ibland, men kan stå upp utan problem
- Måste sitta en stund och resa mig långsamt
- Har svårt att stå upprätt på grund av svimningskänsla

Hjärtklappning, oregelbundna hjärtslag

3.10 Besväras Du av hjärtklappning eller oregelbundna hjärtslag?

- Inte alls
- Enstaka tillfällen, inte särskilt besvärande
- Ofta, besvärande
- Mycket ofta, mycket besvärande

Ökad svettning

3.11 Har Du besvär med ökad svettning på kroppen, ej händer och fötter?

- Inte alls
- Något mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

4. Andra symptom

Hudutslag

4.1 Har Du eller har Du haft hudutslag?

- Inte alls
- Några lättare utslag på begränsad del av kroppen
- Utslag på hel kroppsdel
- Utslag på större delen av kroppen

Klåda

4.2 Besväras Du av klåda?

- Inte alls
- Lätt klåda
- Svår klåda
- Mycket svår klåda, måste ständigt klia mig

PATIENT 8 (10)

Ökad sexuell lust

4.3 Har Du märkt ökat sexuellt intresse eller lust?

- Inte alls
- Något mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

Minskad sexuell lust

4.4 Har Du märkt ett avtagande sexuellt intresse eller lust?

- Inte alls
- Något mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

4.5-4.7 Gäller endast män

Spänningar i bröstet

4.8 Känner du spänningar i bröstet eller har bröstet blivit större?

- Inte alls
- Spänningar förekommer, bröstet något större
- Spränger i bröstet, som är klart större än vanligt
- Bröstet mycket förstorade

Mjök från bröstet

4.9 Har du märkt om det kommer mjök från bröstet?

- Inte alls
- Något lite
- Ja, men inte särskilt besvärande
- Mycket, fläckar underkläderna

Orgasmfunktion

4.10 Har Du märkt någon påverkan på förmågan att få orgasm?

- Inte alls
- Något svårare än vanligt
- Svårare än vanligt
- Mycket svårt, får nästan aldrig orgasm

**OMR 6:1 BILAGA KVINNOR
PATIENT 9 (10)**

Torrhet i slidan

4.11 Har Du besvär av torrhet i slidan vid samlag?

- Inte alls
- Något torrare än vanligt
- Torrare än vanligt
- Mycket torrare än vanligt, måste använda glidmedel

Utebliven menstruation

4.12 Har Du haft mindre omfattande blödning vid senaste menstruationen?

- Inte alls
- Något mindre än vanligt
- Mindre än vanligt
- Menstruationen uteblev helt

Stor menstruationsblödning

4.13 Har du haft mer omfattande blödning vid senaste menstruationen?

- Inte alls Ev Kommentar
- Något mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket omfattande blödning

Mellanblödningar

4.14 Har Du haft blödning mellan menstruationerna?

- Inte alls Ev Kommentar
- Ja, men endast lite
- Ja, ganska stor blödning
- Mycket stor blödning, nästan inget uppehåll alls

Ljusöverkänslighet

4.15 Har du märkt att Du blivit ökat känslig för ljus?

- Inte alls
- Något ökad känslighet
- Mycket ökad känslighet
- Väldigt ökad känslighet, kan knappt vistas i solljus alls

**OMR 6:1 BILAGA KVINNOR
PATIENT 10 (10)**

Ökad pigmentering

4.16 Har Du noterat att Din hud har blivit mörkare?

- Inte alls
- Något ökad pigmentering på något ställe på kroppen
- Mycket ökad pigmentering på nästan hela kroppen
- Mycket ökad pigmentering på nästan hela kroppen

Viktninskning

4.17 Har du märkt att Du gått ner i vikt, avser senaste månaden?

- Inte alls
- Endast något kilo, oroar inte
- Mer än tre kilo, mindre än fem
- Stor viktninskning, mycket oroad

Viktökning

4.18 Har du märkt att Du gått upp i vikt, avser senaste månaden

- Inte alls
- Endast något kilo, besväras ej av det
- Ja, mellan tre och fem kilo
- Stor viktökning, ordentligt besvärad

DA1-10

Undersökning av attityder till psykiatriska mediciner.

Du ombeds svara på några frågor om hur du ser på bruket av de psykiatriska mediciner som du har tagit under de **SENASTE 4 VECKORNA** och vilka erfarenheter du haft med medicinerna.

Var god markera för varje påstående om du anser det vara **sant** eller **osant** i ditt fall. Du ska svara SANT om påstående är SANT eller NÄSTAN SANT. Du ska svara OSANT om påståendet är OSANT eller NÄSTAN OSANT.

Om påståendet inte är formulerat just så som du själv skulle vilja uttrycka det, var god avgör om det snarare är sant eller osant. Kom ihåg att ge uttryck för DIN EGEN ÅSIKT –det finns inga på förhand riktiga eller felaktiga svar.

De mediciner som avses i varje påstående nedan är endast psykiatriska mediciner.

	Sant	Osant
1. För mig överväger fördelarna med medicineringen nackdelarna.		
2. Jag känner mig konstig, som levande död, under medicineringen.		
3. Jag tar mina mediciner av egen fri vilja.		
4. Medicinen gör att jag känner mig mer avslappnad.		
5 .Medicinen gör att jag känner mig trött och slö.		
6. Jag tar min medicin bara när jag är dålig.		
7. Jag känner mig mer normal när jag tar medicinen.		
8. Det är onaturligt för min kropp och själ att kontrolleras av mediciner.		
9. Mina tankar blir klarare av medicineringen.		
10. Genom att fortsätta med mina mediciner kan jag undvika att bli dålig.		

Skriv här nedan om du har några kommentarer till din psykiatriska medicinering eller detta frågeformulär.

DR. A. G. Awad, Humber River, Regional Hospital, 2175 Keele Street, Ste, 243A Toronto, ON, Canada, M6M 3Z4.

Information till dig som behandlas med depå- neuroleptika om deltagande i en studie om biverkningar

Förfrågan om deltagande

Biverkningar förekommer ibland vid medicinering med depåneuroleptika. Eftersom du behandlas med depåneuroleptika på psykiatrin vill vi fråga dig om Du vill delta i ett projekt om biverkningar.

Vad innebär ditt deltagande?

I samband med ditt besök på mottagningen kommer din mottagningssköterska att ge dig en tvådelad enkät som Du svarar på i samband med besöket.

Enkäterna beräknas ta ca 30 minuter att fylla i. Resultaten från enkäterna kommer inte att föras in i din journal.

Om du har tankar och funderingar efter att du har fyllt i enkäten så finns möjlighet att prata med din mottagningsjuksköterska som är informerad om syftet och innehåll i enkäten.

Hantering av data och sekretess

Din enkät kommer att behandlas konfidentiellt och obehöriga kommer inte att kunna ta del av den enligt personuppgiftslagen (1998:204).

Hur får Du information om studiens resultat?

Om Du vill ha information om studiens resultat kan Du kontakta någon av nedanstående personer.

Frivillighet

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst avbryta studien utan att ange några skäl till varför och det kommer inte att påverka din behandling.

Har Du några frågor kan Du fråga någon av nedanstående personer:

Nils Sjöström
Leg.ssk, universitetslektor,
ansvarig för studien
Inst. f. Vårdvetenskap och
Hälsa, Sahlgrenska
Akademin Göteborgs
Universitet
Tel. 031 – 786 61 33
e-mail: nils.sjostrom@gu.se

Siri Lindqvist
Sjuksköterskestudent, e-mail:
guslindqsi@student.gu.se

Joel Andersson
Sjuksköterskestudent,
e-mail:
gusandjocw@student.gu.se