Magisteruppsats

Folkhälsovetetenskap

Personalens uppfattning om rökavvänjning bland patienter med schizofreni

Anton Landgren

Mittuniversitetet
MID SWEDEN UNIVERSITY

Campus Härnösand Universitetsbacken 1, SE-871 88. **Campus Sundsvall** Holmgatan 10, SE-851 70 Sundsvall.
Campus Östersund Kunskapens väg 8, SE-831 25 Östersund.
Phone: +46 (0)771 97 50 00, Fax: +46 (0)771 97 50 01.

MITTUNIVERSITETET Avdelningen för hälsovetenskap
Examinator: Katja Gillander Gådin, katja.gillander-gadin@miun.se
Handledare: Thomas.Ljung@telia.com
Författare: Anton Landgren, Landgren.anton@gmail.com
Utbildningsprogram: Masterutbildning i hälsovetenskap, 120 hp.
Huvudområde: Folkhälsovetenskap
Termin, år: HT, 2015

Sammanfattning
Bakgrund: Schizofreni är en vanlig psykiatrisk sjukdom där andelen rökare är betydligt större än i normalbefolkningen. Rökavvänjning har hög prioritet hos dessa patienter, men tyvärr har inte rökavvänjningsstrategier varit så framgångsrika hos denna patientgrupp.
Syftet: Att få ökad kännedom, med hjälp av personalens erfarenhet, om rökavvänjning hos schizofreni-patienter inom slutenvård. **Metod:** Metoden som valdes för att besvara syftet var kvalitativ och utgjordes av intervjuer. Datan från intervjuerna bearbetades med hjälp av systematisk textkondensering.
Resultat: Undersökningen gör det inte klart vilken rökavvänjningsstrategi som är lämpligast. Två huvudåsikter kunde identifieras utifrån intervjumaterialet. Den ena bestod i att patienternas motivation behöver ökas. Den andra huvudåsikten bestod i en optimering av den antipsykotiska behandlingen och på så sätt en minskning av sjukdomsbörda som skulle leda till ett minskat incitament att röka. **Slutsats:** Det är oklart om en anpassning av rökavvänjningen skulle kunna leda till minskad rökning hos patientgruppen. Resultatet visade på en rad olika strategier för rökfrihet. Rökfrihet i sjukhusmiljön lyfts också som något man bör ha i åtanke för att ytterligare förbättra möjligheterna till rökfrihet.
Nyckelord: Motivation, rökavvänjning, intervju, rökstopp, antipsykotisk behandling, sjukhusmiljö.

Abstract
Background: Schizofrenia is a common psychiatric disease where the proportion of smokers is bigger than in the normal population. Smoke-cessation has a high priority for these patients, but unfortunately strategies for smoke-cessation have not been successful for this patient group.
Aim: The purpose of the study was to gain increased knowledge of smoke-cessation for psychiatric patients.
Method: A qualitative approach, consisting of interviews, was used. The data from the interviews were processed using a qualitative content analysis.
Results: The results did not show which smoke-cessasion strategy that is the most effective. Two main opinions could be identified from the interview material. One of the opinions were focused on increasing the level of motivation for the patients. The other main opinion consisted of an optimisation of the antipsychotic treatment and by this a decrease in disease burden, which would lead to a decreased incitament for smoking.
Conclusion: It is unclear whether an adaptation of the smoke-cessation strategies could lead to decreased smoking for the patient group. The result showed different strategies for smoke-cessation. A smoke free hospital environment was emphasized.
Keywords: Motivation, smoke-cessation, interview, antipsychotic treatment, hospital environment.

Innehållsförteckning

Bakgrund…….....1
Rökning i världen……1
Rökning i Sverige……1
Schizofreni……1
Rökning och schizofreni. …….....2
Rökavvänjningsmetoder inom svensk sjukvård……...2
Rökavvänjningsmetoder för schizofrena…….. 3
Förväntat resultat/Klinisk betydelse……..3
Syfte och frågeställningar…….……3
Metod……...3
Design……3
Urval……..4
Patientselektion……4
Datainsamling……..4
Databearbetning……..5
Etiska överväganden……...6
Resultat……..7
Personalens tankar om rökvanorna hos de schizofrena……..7
Personalens uppfattning om vad patienterna får för hjälp med att sluta röka och hur det fungerar. ……7
Personalens uppfattning om hur man kan förbättra den hjälp som ges……8
Diskussion……..9
Resultatdiskussion……9
Metoddiskussion……11
Urval……12
Instrument……..12
Datainsamling……13
Databearbetning……13
Slutsatser……13
Tillämpning……13
Referenser……14
Bilaga 1 Informationsbrev
Bilaga 2 Intervjuguide

Bakgrund

Rökning och schizofreni är oberoende riskfaktorer för en för tidig död (Aubin, Rollema, Svensson, & Winterer, 2012). Enligt de nationella folkhälsomål som riksdagen beslutat om och som beskrivs bland annat i rapporten *"Framtidens folkhälsa-allas ansvar"* är "hälsofrämjande hälso- och sjukvård" mål nummer sex av elva folkhälsopolitiska mål (Folkhälsoinstitutet, 2010). Detta mål handlar bland annat om att hälso- och sjukvården ska ge information om hur levnadsvanor påverka hälsan. Hälso- och sjukvården ska också erbjuda människor med funktionsnedsättningar (schizofreni i denna uppsats) möjligheter för människor att förändra sina levnadsvanor (rökning i denna uppsats). I samma mål nämns också att personalen ska ha kunskap om hur funktionsnedsättningen kan påverka hälsan och att individualiserade insatser kan behövas. Målområde 11 behandlar bland annat tobaksmissbruk. Det nämns i detta målområde att folkhälsoinsatser måste ta hänsyn till att sådant missbruk kan vara vanligare hos personer med funktionsnedsättning och att andra insatser kan behövas hos dessa för att minska tobaksbruket (Folkhälsoinstitutet, 2010).

För att få ökad kunskap om rökning hos schizofrena undersöktes vårdpersonalens personliga åsikter i frågan med hjälp av en kvalitativ ansats. Studien utgick ifrån de behov på framtida forskning som presenterats i en tidigare uppsats (Kovacs, 2014). Bland dessa behov nämndes bland annat vikten av att ta reda på vilken hjälp schizofreni-patienter får att sluta röka och vilken en lämplig rökavvänjningsmetod för dessa patienter är.

Rökning som folkhälsoproblem

Rökning är enligt WHO ett av de största folkhälsoproblemen i vår tid och står för cirka 6 miljoner dödsfall årligen (Chestlog, 2015). Detta är mer än HIV, AIDS, malaria och tuberkulos tillsammans. Rökning uppskattas av WHO ha stått för ca 100 miljoner dödsfall under 1900-talet. Av världens nära en miljard rökare, bor 80% i låg- och medelinkomstländer (Chestlog, 2015). Rökare lever i genomsnitt 13-14 år kortare än icke-rökare och har dessutom en större sjukdomsbörda under sina sista år (Ashton, Rigby, & Galletly, 2013). Rökning är den överlägset vanligaste orsaken till KOL i världen och andra vanliga sjukdomar som orsakas av rökning är högt blodtryck, stroke, hjärtinfarkt och cancer (Socialstyrelsen, 2014).

Sett till strategier att minska rökningen i världen är höjda tobaksskatter den enskilt mest effektiva metoden (Chestlog, 2015). Tobaksanvändning är den ledande orsaken till för tidig död i världen som kan förebyggas. WHO:s prognos lyder att tobaksrelaterade dödsfall kommer att fortsätta att stiga dramatiskt. Man ser att rökning minskar i välfärdsländer, medan den ökar i medel- och låginkomstländer (Chestlog, 2015).

Rökning i Sverige

I Sverige finns idag cirka en miljon rökare (Holm, 2014). Tolvtusen personer per år under 2010-2012 uppskattas ha dött på grund av tobaksrökning (Holm, 2014). Enligt samma källa beräknas KOL, stroke, lungcancer och hjärtinfarkt orsaka två tredjedelar av dödsfallen, medan de resterande dödsfallen kan tillskrivas ett 40-tal andra sjukdomar som beror på rökning. Socialstyrelsen har utarbetat nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder inom områdena tobaksbruk, riskbruk av alkohol, fysisk aktivitet och matvanor (Socialstyrelsen, 2011b). Bra levnadsvanor inom dessa

områden kan enligt samma källa förebygga 80 procent av all kranskärlssjukdom och 30 procent av all stroke. Riktlinjerna för minskningen av rökning behandlas i punkten rökavvänjningsmetoder nedan. Sedan 2005 råder rökförbud på offentliga platser i Sverige.

Schizofreni

Schizofreni är en vanlig psykiatrisk sjukdom som kännetecknas av kronisk eller återkommande psykos (förändrad verklighetsuppfattning) och är ofta även associerad med betydande sociala och funktionella handikapp (Costa, 1998). Schizofreni, tillsammans med schizoaffektiv sjukdom, vanföreställningssyndrom och ospecificerad icke-organisk psykos, tillhör det bredare begreppet psykossjukdom (Socialstyrelsen, 2011a).

Symptomen delas in i "positiva": hallucinationer, vanföreställningar, osammanhängande tal och "negativa": depression, försämrad uppmärksamhet, försämrat minne och initiativlöshet. Schizofreni är ett brett sjukdomsbegrepp och det finns olika former beroende på hur tidigt personen insjuknar och om det är övervägande positiva eller negativa symptom. Vanligaste insjuknandeåldern för schizofreni är mellan 20-30 år (Costa, 1998). Sjukdomen är i dagsläget obotbar, men kan i bästa fall behandlas så att patienten blir symptomfri (von Hausswolff-Juhlin, Bjartveit, Lindstrom, & Jones, 2009).

Prevalensen för schizofreni ligger på 0,5-1% i världen och den beräknas stå för 1% av världens totala sjukdomsbörda och är en av de tio sjukdomar som bidrar mest till den globala sjukdomsbördan (Costa, 1998). I Sverige insjuknar cirka 2000 personer per år i schizofreni och sjukdomen beräknas stå för den största kostnaden av de psykiska sjukdomarna, cirka 25 miljarder kronor per år (Mårtensson., 2009). Folk med schizofreni lever kortare än den övriga befolkningen och har en relativ risk att dö i förtid som är 2-3 gånger förhöjd (Walker, McGee, & Druss, 2015). Den vanligaste dödsorsaken hos dessa patienter är hjärt-kärl sjukdomar (Walker et al., 2015).

Rökning och schizofreni

Schizofreni är som tidigare nämnt förknippat med betydligt minskad livslängd. Denna kan huvudsakligen tillskrivas rökningens effekter (Williams & Foulds, 2007). Rökning hos schizofreni-patienter är betydligt vanligare än i övriga befolkningen. Det finns också belägg för att de med schizofreni som röker, röker betydligt mer än den rökande normalbefolkningen (Williams & Foulds, 2007). Det finns olika hypoteser om varför patienter med schizofreni röker mer än normalbefolkningen (Solway, 2011).

Rökavvänjningsmetoder inom svensk sjukvård

Av de svenskar som slutar röka vänder sig endast 15 till 20 procent till vården för att få hjälp genom samtalsstöd eller medicin (Wolofsky, 2012). Spontana försök att sluta kan ibland bli mer lyckade än planerade försök och små prishöjningar kan få folk, särskilt ungdomar att sluta röka (Wolofsky, 2012).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska hälso- och sjukvården bland annat ägna sig åt sjukdomsförebyggande arbete. Hur detta arbete utformas och bedrivs varierar kraftigt mellan olika landsting och vårdenheter (Socialstyrelsen, 2011b).

I de nationella riktlinjer (Socialstyrelsen, 2011b) som finns för sjukdomsförebyggande metoder delas metoderna in i tre nivåer: enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal. Den högsta nivån: Kvalificerat rådgivande samtal är den nivå som Socialstyrelsen rekommenderar när det gäller rökning. Nikotinläkemedel ges ofta i tillägg till det kvalificerade rådgivande samtalet. Detta samtal innebär att hälso- och sjukvårdspersonal för en dialog med patienten, som är anpassad till personens ålder, hälsa och riskfaktorer. Samtalet kan inkludera motiverande strategier. Det kvalificerade rådgivande samtalet är ofta mer tidsmässigt omfattande än samtalen på de andra åtgärdsnivåerna. Det finns många olika metoder och det finns inte tillräckligt med evidens för att säga vilken av metoderna som är mest framgångsrik. Metoderna kan användas och kombineras på olika sätt och kan ges såväl indivduellt som i grupp. Några av de metoder som återfinns i det vetenskapliga underlaget är motiverande samtal, telefonrådgivning, nikotinläkemedel, akupunktur och kognitiv beteende terapi (KBT) (Socialstyrelsen, 2011b).

Individuellt kvalificerat rådgivande samtal ger en större andel som slutar röka jämfört med rådgivande samtal eller ingen åtgärd. Kvalificerat rådgivande samtal i grupp ger en större andel som slutar röka jämfört med självhjälpsmaterial eller om man inte gör någon åtgärd (Socialstyrelsen, 2011b).

Rökavvänjningsmetoder för schizofrena

Schizofrena svarar inte lika bra på försök att bli rökfria och andelen som lyckas sluta röka är betydligt lägre än i övriga befolkningen (Mackowick, Lynch, Weinberger, & George, 2012). De med schizofreni löper mer än fem ggr större risk att vara rökare än normalbefolkningen och det uppskattas att mellan 70-85% av de med schizofreni röker (Minichino et al., 2013). Det kan vara värt att notera att nästan hälften av alla rökta cigaretter i USA röks av de med någon psykiatrisk sjukdom (där schizofreni är den vanligaste) (Minichino et al., 2013). I USA, där många av de studier gjorts där man jämfört rökavvänjning hos de med schizofreni och de utan schizofreni har man sett att patienter med schizofreni har upp till 2-5 gånger svårare att bli rökfria (Mackowick et al., 2012; von Hausswolff-Juhlin et al., 2009). Bland anledningarna till att dessa patienter röker nämns av patienten upplevda fördelar såsom minskade bieffekter av läkemedel mot schizofreni, minskad abstinens och förbättrad kognition (Mackowick et al., 2012). Schizofrenipatienter uppvisar mindre motivation för att sluta än andra och bryr sig mindre om de negativa hälsoeffekter som rökning ger (Mackowick et al., 2012). Värt att notera är att de är mer känsliga för socialt tryck för att sluta (Mackowick et al., 2012). Det vanligaste synsättet på varför de med schizofreni röker är för att lindra symptomen av sin sjukdom, genom bland annat minskade hörselhallucinationer (Minichino et al., 2013).

Behovet av att hitta lämpliga rökavvänjningsmetoder för den här patientkategorin är stort och de rökavvänjningsprogram som finns har ansetts vara dåligt anpassade för den här gruppen (Lucksted, McGuire, Postrado, Kreyenbuhl, & Dixon, 2004; Morris, Waxmonsky, May, & Giese, 2009).

Kvalificerat rådgivande samtal är den åtgärd som rekommenderas för vuxna med schizofreni som röker dagligen. Det saknas vetenskapligt underlag för hur denna åtgärd lämpar sig till de med schizofreni och därför är bedömningen gjord på rökare generellt (Socialstyrelsen, 2011b). På grund av att schizofrena har högre risk för hjärt-

kärl sjukdomar så betraktas ett rökstopp som ännu mer angeläget än hos normalbefolkningen. I en review av små undersökningar har man undersökt kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinersättningsmedel eller bupropion (läkemedel för rökavvänjning) (Bradshaw, Lovell, & Harris, 2005). En kombination av buproprion och nikotionersättningsmedel har visat bättre resultat än bara nikotinersättningsmedel eller placebo (Mackowick et al., 2012). Vissa rökavvänjningsmedel, Champix (läkemedel för rökavvänjning med annan verkningsmekanism) har visat bäst effekt i vissa studier (Mackowick et al., 2012; Minichino et al., 2013), medan buproprion haft bäst effekt i en annan studie (Minichino et al., 2013). Det verkar som att tillägg med något av dessa läkemedel bara har marginellt sämre effekt hos de med schizofreni jämfört med de utan schizofreni. Rökning minskar koncentrationen av schizofrenimedicin på grund av att det verkar på samma enzymsystem. Kraftig rökning kan minska koncentrationen så mycket att man inte får någon effekt av schizofrenimedicinen (Minichino et al., 2013). En hypotes till varför schizofrenipatienter röker är på grund av att de har dopaminbrist. Schizofrenimedicinering kan öka dopaminfrisättningen och på så sätt ge ett minskat behov av rökning (Minichino et al., 2013).

De flesta bevis tyder på att rökstopp inte ökar de psykotiska symptomen hos de med schizofreni (Minichino et al., 2013). En anledning till att de finns så få studier om rökavvänjning hos de med schizofreni är att de ofta blir exkluderade från randomiserade kontrollstudier (Minichino et al., 2013).

För de med schizofreni förbises ofta rökningsberoende som en diagnos och behandlas inte (Lucksted et al., 2004). Några av anledningarna till att det är svårt för patienter med schizofreni att sluta röka är kognitiva problem, frånvaro av socialt stöd och symptom av sjukdomen som lindras av rökningen. Det är viktigt att öka dessa patienters motivation (Lucksted et al., 2004) och att rikta information och åtgärder anpassat till individens utbildningsnivå och förståelse för att interventionen ska bli framgångsrik (Lucksted et al., 2004). Flera artikelförfattare (Lucksted et al., 2004; Morris et al., 2009) menar att rökavvänjningsprogrammen inte är utformade för och därför inte varit så framgångsrika för denna patientgrupp. Individuella samtal har visat sig mera framgångsrika än gruppsamtal (Ashton et al., 2013). En rökfri sjukhusmiljö har visat sig ha en positiv effekt på schizofrenas motivation till att bli rökfria (Ruther et al., 2014). Det betonas att tobaksberoende är en kronisk sjukdom som måste behandlas med mycket tålamod, återfall är vanliga (Ruther et al., 2014), syftet med rökavvänjningen är att bli helt rökfri, men för patienter med schizofreni kan en långsam nedtrappning vara en bra början (Ruther et al., 2014). En liknande variant som den Anonyma Alkoholister använder, det vill säga en tolvstegsmodell, kan med fördel användas till schizofrena som rökavvänjningsmetod (Ruther et al., 2014). Motivationen hos schizofrenipatienterna till att bli rökfria bedöms vara lika stor som hos patienterna som vårdas på vanliga medicinavdelningar. Vidare så lyfter samma referens att ett stort problem är att man inom psykiatrin inte diagnostiserar tobaksberoendet och därför inte lyfter frågan om rökavvänjning. En strategi för att minska tobaksbruket hos dessa patienter är att öka kunskapen hos personalen om att rökning är överrepresenterat hos patienterna och att det är ett stort problem, inte minst med tanke på den ökade hjärt-kärl sjukligheten hos schizofrenipatienter (Ruther et al., 2014).

De amerikanska guidelines för rökstopp hos schizofrena, som utarbetats av American Psychiatric Association (APA), är precis som de svenska baserade på rökavvänjningsmetoder hos normalbefolkningen. Tillräckligt med studier på schizofrena saknas (Ruther et al., 2014). APA ger inga specifika direktiv över vilken strategi som ska användas för rökstopp. De metoder som rekommenderas är väsentligen de samma som rekommenderas i Sverige.

Betydelse

Genom att identifiera framgångsrika strategier för rökstopp hos schizofrenipatienter ökar möjligheterna att minska den betydande sjukdomsbörda som rökningen ger upphov till hos dessa patienter (Williams & Foulds, 2007). Bristen på vetenskapliga studier som undersökt rökavvänjningsmetoder för schizofrena ger anledning att utforska vilka erfarenheter vårdpersonal, som arbetar med denna patientgrupp, har av området för att om möjligt få en mera klar bild av vad som görs och vad som fungerar i praktiken. Detta kan ge viktig information i utformandet av nya rökavvänjningsstrategier för den här patientgruppen. Som tidigare nämnts ger rökning och schizofreni upphov till stora samhällsekonomiska kostnader.
Rökning är enligt WHO ett av de största folkhälsoproblemen i vår tid och står för cirka 6 miljoner dödsfall årligen (WHO, 2015). I Sverige insjuknar cirka 2000 personer per år i schizofreni och sjukdomen beräknas stå för den största kostnaden av de psykiska sjukdomarna, cirka 25 miljarder kronor per år (Mårtensson., 2009). Folk med schizofreni lever kortare än den övriga befolkningen och har en relativ risk att dö i förtid som är 2-3 gånger förhöjd (Walker et al., 2015). Den vanligaste dödsorsaken hos dessa patienter är hjärt-kärl sjukdomar som rökfrihet kan förebygga (Walker et al., 2015).

Syfte

Att med hjälp av personalens erfarenhet få ökad kunskap om rökavvänjning hos schizofreni-patienter inom slutenvård.

Metod

Design

Eftersom studien syftade till att undersöka vårdpersonalens tankar och erfarenheter om ett fenomen bedömdes en kvalitativ ansats som det mest lämpliga (Holme, 1997; Malterud, 2009). När kunskapsunderlaget är tunt och man kan tänka sig en rad möjliga svar på den problemställning man ska utforska, lämpar sig en kvalitativ ansats (Malterud, 2009). En kvalitativ ansats bedömdes som mest lämplig.

Urval

Arbetsledningen godkände studien och tillät att intervjuerna skedde på arbetstid. Heterogenitet eftersträvades hos intervjuobjekten eftersom att ett alltför homogent material kan ge svårigheter att få fram data som ger nya kunskaper (Malterud, 2009). Variationsbredd eftersträvades i urvalet för att kunna belysa flera nyanser av ett och samma problem. Det var också viktigt att relevansen för intervjuobjekten var hög, att de bedömdes kunna besvara problemställningen. Urvalet gjordes utifrån yrke, kön och längden på arbetslivserfarenhet. Arbetsledningen tillät endast att läkare, sjuksköterskor och psykologer intervjuades. Författaren fick tillåtelse av arbetsledningen att ringa upp personalen och tillfrågade om de ville medverka i intervjun. De tilltänkta deltagarna fick information om projektet både muntligt och

skriftligt i form av ett informationsbrev (Bilaga 1) och enligt intervjuguiden (Bilaga 2). Det var sju personer som intervjuades från två olika slutenvårdsavdelningar inom psykiatrin. Av dessa hade tre bakgrund som sjuksköterska, varav en var enhetschef. De som inte hade bakgrund som sjuksköterska var läkare, av dessa var tre stycken överläkare och en underläkare. En psykolog tillfrågades också om att bli intervjuad, men hen tyckte att hen inte hade tillräcklig erfarenhet av schizofreni-patienter och rökning. Arbetslivserfarenheten varierade mellan 1,5 år och drygt 30 år.

De flesta patienterna på avdelningen har schizofreni och frågorna i intervjun behandlade denna patientgrupp. Även patienter med vanföreställningssyndrom, personlighetsstörning får vård på avdelningen. Som inklusionskriterier krävdes att personalen hade någon form av vårdutbildning, deltog i direkt patientkontakt och hade jobbat inom psykiatrin under minst ett år.

Frågorna som ställdes under intervjun avsåg vårdpersonalens erfarenheter av patienter med diagnosen schizofreni (enligt DSM-IV kriterier) (*American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5).* 2013).

Datainsamling

Vid början av varje intervju informerades intervjuobjektet om studiens syfte och om att deltagandet var frivilligt och när som helst kunde avbrytas. En semistrukturerad intervju användes som datainsamlingsmetod. Intervju kan vara en lämplig metod för att få fram åsikter i en fråga (Widerberg, 2006). Intervjuguide, utformad enligt (Kvale, 2009), bifogas (Bilaga 2). Intervjuerna spelades in på band och transkriberades sedan ordagrannt, vilket förespråkas för intervjustudier (Willig, 2007). Fördelar med detta är att inget fokus behöver gå till antecknande och att man kan gå tillbaka upprepade gånger och lyssna till innehållet (Trost, 2010).
Under intervjun eftersträvades en låg profil från intervjuarens sida för att inte påverka de intervjuade (Holme, 1997).

En intervjuguide (bilaga 2) skapades i förväg och författaren lärde sig denna utantill. Intervjuguiden var ganska kort och behandlade stora delområden (Trost, 2010). Intervjuobjektet tilläts tala fritt kring de fritt formulerade frågorna (Trost, 2010). Avslutningsvis erbjöds intervjuobjektet lägga till om de tyckte att de ville ta upp någonting ytterligare, eller om det var något de tyckte att de hade missat.

Databearbetning

Systematisk textkondensering är en lämplig metod vid analys av data från intervjuer när man vill utveckla kunskap om informanternas erfarenheter inom ett visst område. I interjumaterialet eftersträvades det att hitta en helhetsbild och sedan viktiga kännetecken i intervjuerna. Granskning och tolkning av intervjumaterialet mynnar ut i identifiering och beskrivning av skillnader och likheter. Meningsbärande enheter identifieras utifrån de teman som texten delats in i (Malterud, 2009). Det inspelade och det nedskrivna gicks igenom upprepade gånger för att få en känsla av helhet och nyanser i vad intervjuobjektet uttryckt och menat (Malterud, 2009). Huvuddelen av analysen av materialet kan sammanfattas genom fyra olika steg: 1) att få ett helhetsintryck, 2) att identifiera meningsbärande enheter, 3) att abstrahera innehållet i de enskilda meningsbärande enheterna och 4) att sammanfatta betydelsen av detta genom att skapa nya begrepp (Malterud, 2009).

Efter att meningsbärande enheter plockats ut från texten, kondenserats och innebörden sammanfattats, kategoriserades innehållet och tilldelades koder. Koderna jämfördes sedan utifrån skillnader och likheter, delades in i olika kategorier och sedan in i teman. Dessa teman gicks sedan igenom för att analysera skillnader och likheter mellan dem. Dessa teman kunde sedan sammanfattas till tre olika teman. Efter bearbetningen av intervjumaterialet gicks texten återigen igenom för att validera delarna i förhållande till helheten och för att förebygga reduktionism (Malterud, 2009). Under analysen strävades det efter att lägga förförståelsen åt sidan i mötet med datamaterialet och att inte presentera författarens egna tolkningar i resultatet (Malterud, 2009). De meningsbärande enheterna gicks igenom för att se att de meningsbärande enheterna inte huvudsakligen kom från ett fåtal av de intervjuade, vilket skulle kunna vara negativt för överförbarheten av resultatet (Malterud, 2009). Exempel på hur textkondenseringen gick till visas i tabell 1.

Liknande kategorier fördes samman till tre teman: ”*Personalens tankar om rökvanorna hos de schizofrena”, ”Personalens uppfattning om vad patienterna får för hjälp med att sluta röka och hur det fungerar” och ”Personalens uppfattning om hur man kan förbättra den hjälp som ges.”*
I resultatdelen utgör dessa teman rubrikerna och en sammanfattad betydelse av de meningsbärande enheter som identiferats från intervjumaterialet presenteras under dessa rubriker.

Etiska överväganden
De som medverkade i studien informerades både muntligt och skriftligt. Informationsbrev (bilaga 1) skickades till kliniken innan studien startade och de som intervjuades fick ta del av detta brev, efter att ledningsgruppen på kliniken hade godkänt studiens utförande. De medverkande fick också ta del av information enligt intervjuguiden (bilaga 2), såväl muntligt som skriftligt. De fick således information om studiens syfte och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande, som var frivilligt. Information gavs om att de åsikter som framkom genom intervjuerna endast avsågs användas i denna studie och sedan skulle förstöras efter examination. All information från intervjuerna avidentifierades, behandlades konfidentiellt och förvarades på ett säkert sätt. Det var endast författaren som hade tillgång till materialet. De fyra krav, antagna år 1990, som Vetenskapsrådet ställer angående informations-, samtyckes-, konfidentialitets- samt nyttjandekrav har därmed beaktats (Vetenskapsrådet, 2002).

Studien röjer inga känsliga uppgifter och därför bedömer författaren att studien inte behöver genomgå prövning hos etikprövningsnämnden. Den intervjuade vårdpersonalen utsätts inte för några fysiska eller psykiska risker och ämnesområdet bedöms heller inte som integritetskränkande för de intervjuade. Nyttan att kunna identifiera framgångsrika sätt att få schizofreni-patienter rökfria bedöms som stor.

Tabell 1. Exempel på textkondensering

Meningsbärande enheter	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori	Tema
Att man själv vill sluta är naturligtvis en väldigt bra början och jag tror på motiverande samtal och deras egen vilja.	Att man själv vill sluta. Motiverande samtal och egen vilja.	Egen motivation och motiverande samtal	Motivation	Hur man kan hjälpa patienterna att sluta röka.
Genom en kraftigare, bättre, antipsykotisk behandling kan vi minska patientens psykoslast och då blir nog incitamentet att minska rökningen också större.	Bättre antipsykotisk behandling kan minska patientens psykos och öka incitamentet att minska rökningen.	Antipsykotisk behandling minskar psykos och minskar rökning.	Sjukdoms-börda	Hur man kan hjälpa patienterna att sluta röka.
Patienter med schizofreni och rökning erbjuds rökavvänjning regelbundet och upprepat. Man erbjuder olika former av insatser för att försöka få dem att minska sitt rökande. Det fungerar ganska måttligt, för det är inte många av de här patienterna som är speciellt engagerade och intresserade.	Patienten erbjuds olika former av rökavvänjning. Det fungerar ganska måttligt.	Rökavvänjning fungerar ganska måttligt.	Vad patienten får för hjälp.	Hur hjälper man patienterna att sluta röka.
Information koppla med nån typ av gruppsamtal. Avvänjningsgrupp. Kombinerat med medicinsk, nikotinplåster eller liknande. Jag tror att det måste vara en kombinationsstrategi kanske.	Avvänjningsgrupp. Kombinerat med nikotionplåster eller liknande. En kombinationsstrategi.	Kombinations strategi.	Vilken hjälp patienten behöver få.	Hur kan man hjälpa patienterna att sluta röka.
Röker otroligt mycket. Ja, dem jag har träffat röker ju samtliga och det gör inte normalbefolkningen.	Röker otroligt mycket. Samtliga mer än normalbefolkningen.	Röker mer än normalbefolkningen.	Rökvanor hos schizofrena.	Hur ser rökningen ut hos schizofreni-patienter.

Resultat

Personalens tankar om rökvanorna hos de schizofrena

Samtliga som intervjuades hade uppfattningen att schizofrenipatienter röker mer än normalbefolkningen. Hur mycket mer de röker varierade enligt personalen.

”dem jag har träffar röker samtliga”. Vissa av de intervjuade uttryckte sig lite mer försiktigt: ”ja, jag tror att de röker i något högre utsträckning”.

En vanlig uppfattning var att schizofreni-patienterna rökte så fort de hade tillfälle och att de ofta inte hade så mycket annat för sig. Många av de intervjuade, med lång erfarenhet inom psykatrin betonade förändringen hos normalbefolkningens rökvanor.

”normalbefolkningen har minskat sin rökning väsentligen och kanske inte schizofrenipatienter i samma utsträckning.”

Personalens uppfattning om vad patienterna får för hjälp med att sluta röka och hur det fungerar.

De flesta av de tillfrågade var överens om att de schizofrena får hjälp med att sluta röka, men de flesta var också överens om att denna hjälp inte fungerade särskilt bra. En rad olika strategier för rökavvänjning som patienterna erbjöds lyftes fram. De vanligaste sätten som användes på avdelningen för att försöka få patienten rökfri var motiverande samtal, nikotintuggumin och nikotinplåster. Även utdelande av cigaretter till de som röker mest, istället för att erbjuda fri tillgång var en annan strategi som prövats flitigt, också det utan goda resultat. En av de tillfrågade betonade att rökavvänjning inte fungerade dåligt bara för de med schizofreni. Utan att det fungerade lika bra eller dåligt som rökavvänjning fungerar för alla andra. Den uttryckta frustrationen över en ofta misslyckad rökavvänjning uttrycktes av många.

”Vi försöker alltid, men det fungerar ju inte”.

En av de intervjuade tyckte att de schizofrena inte erbjöds någon hjälp i form av rökavväjning. Patientens motivation lyftes fram av flera som en faktor till varför rökavvänjningen fungerade dåligt.

“Det fungerar ganska måttligt, för det är inte många av de här patienterna som är speciellt engagerade och intresserade.”

Försvårande faktorer såsom sysslolöshet, andra som röker och sjukdomssymptom för rökavvänjning hos denna patientgrupp nämndes under några av intervjuerna. En anledning till rökning hos patientgruppen som presenterades var att det var ett sätt för dem att *”hålla undan sina bastanta symptom”*. Slutenvårdens resurser var något som nämndes som en positiv faktor för rökavvänjning. De många möjligheterna till insatser som slutenvården kan erbjuda lyftes av ett flertal av de intervjuade.

Personalens uppfattning om hur man kan förbättra den hjälp som ges.

Uppfattningen skiljde sig en del mellan läkare och sjuksköterskor: tre av fyra läkare lyfte fram en mer kraftfull antipsykotisk behandling som den viktigaste behandlingen.

Genom att minska psykoslasten hos patienterna bedömdes möjligheten till rökfrihet betydligt större hos patienten. Svaren på samma fråga från sjuksköterskornas sida var mer inriktad på gruppterapi. Motivation och kombinationsbehandling av olika nikotinersättningspreparat förespråkades av såväl läkare som sjuksköterskor.

”Att man själv vill sluta är naturligtvis en väldigt bra början och jag tror på ersättningspreparat. Att man ersätter nikotinet på nåt sätt”

Både läkare och sjuksköterskor lyfte fram den passiviserande miljön och att andra patienter på avdelningen röker som ett problem. Bilden av rökning som lyftes fram var att det för många patienter var deras glädjeämne i tillvaron. Det problematiska med att personalen röker togs upp av flera.

Man sitter och missbrukar tillsammans och så ska man då behandla patienten. Om inte personalen tycker att detta är ett problem, hur ska då patienten uppfatta det som ett?

Diskussion

Utifrån textkondenseringen identifierades tre övergripande teman. Resultaten diskuteras nedan utifrån uppsatsens syfte vilket var att med hjälp av personalens erfarenhet få ökad kunskap om rökavvänjning hos schizofreni-patienter inom slutenvård. Efter detta diskuteras uppsatsens metod och därefter presenteras konklusion och tillämpning. Diskussionen avslutas med förslag till framtida forskning.

Resultatdiskussion

Många i personalen var själva rökare eller hade varit rökare. Samtliga hade en negativ inställning till rökning. De intervjuade delade uppfattningen om att schizofrena röker i större utsträckning än den rökande normalbefolkningen, något som också får stöd i studier (Minichino et al., 2013; Solway, 2011; Williams & Foulds, 2007). De flesta av de intervjuade tyckte att schizofrenipatienter erbjöds rökavvänjning. Det står i kontrast till att andra studier har funnit att det endast är en liten del av patienterna som erbjuds rökavvänjning (Ruther et al., 2014). Rökavvänjning erbjöds genom ett flertal metoder, där nikotinsubstitutionspreparat (nikotinplåster och nikotintuggumin) och motiverande samtal var de vanligast förekommande. De metoder som erbjöds var alla av Socialstyrelsen rekommenderade strategier för rökavvänjning (Socialstyrelsen, 2011b). Enligt många av de intervjuade fungerade metoderna dåligt hos de schizofrena, vilket stämmer överens med tidigare forskning inom området (Mackowick et al., 2012; von Hausswolff-Juhlin et al., 2009). Det är svårt att utifrån personalens erfarenheter säga om schizofrena svarar sämre på rökavvänjning än normalbefolkningen, som viss tidigare forskning säger (Lucksted et al., 2004; Morris et al., 2009). Den genomgående åsikten hos personalen som framkom under intervjuerna är att svaret på rökavvänjning är dåligt, men om det är sämre än hos normalbefolkningen är svårt att säga.

Tidigare forskning som visat på att schizofrena röker mer än normalbefolkningen (Williams & Foulds, 2007) verkar stämma överens med personalens åsikter. Anledningar till varför schizofrenipatienten röker som lyftes fram var bland annat sysslolöshet och symptomlindring. Symptomlindring har identifierats som en anledning till rökningen i tidigare forskning (Mackowick et al., 2012).

Miljön inom slutenvården och dess påverkan på möjligheterna att få patienten rökfri lyftes fram som både negativ (sysslolöshet, passiviserande, andra som röker) och positiv (finns resurser i slutenvård för rökavväjning). Det faktum att andra patienter röker och att personalen ibland röker med patienten lyftes fram som en försvårande faktor för rökavvänjning. En rökfri sjukhusmiljö har visat sig ha en positiv effekt på schizofrenas motivation till att bli rökfria (Ruther et al., 2014)

Frustrationen över att rökavvänjningen fungerade dåligt märktes i många av intervjuerna, men var speciellt tydlig i en av dessa. Den hjälp som erbjöds beskrevs av en av de intervjuade som minimal och att man "lät patienten hållas", det vill säga varken hjälper eller försämrar tillståndet för patienten. Några av de intervjuade menade att rökning var det enda nöjet patienter hade i livet och de visade stort överseende med patientens rökning, vilket stämmer med tidigare forskning (Bowden, Miller, & Hiller, 2011). Personalen kunde till och med tycka att det var svårt att ta ifrån någon det enda nöjet personen hade. Om det är svårare för patienter med schizofreni att sluta röka än normalbefolkningen (von Hausswolff-Juhlin et al., 2009; Williams & Foulds, 2007), rådde det delade meningar om. Vissa av de intervjuade menade att rökavvänjning funkade lika dåligt som för befolkningen i övrigt, medan vissa menade att motivationen var sämre hos de schizofrena och att det därför fungerade sämre. De kognitiva problem som enligt tidigare studier kan göra att schizofrena har svårt att ta till sig rökavvänjningsmetoder (Lucksted et al., 2004; Morris et al., 2009), lyftes inte fram som ett problem.

Motivation var något som lyftes fram av många av de intervjuade, speciellt sjuksköterskor, som en central del i rökavvänjningen. Tidigare forskning har visat både på att schizofrena har låg motivation för att sluta röka (Ashton et al., 2013; Bowden et al., 2011; Morris et al., 2009) och att de i hög utsträckning vill sluta (Bowden et al., 2011; Ruther et al., 2014). Det finns även studier som visat att motivationen att sluta röka är lika god hos schizofrenipatienter som hos normalbefolkningen, men att frågan om rökstopp inte lyfts (Ruther et al., 2014). I intervjuerna i den här studien framstod motivationen som låg hos de schizofrena. Trots att patienterna erbjöds rökavvänjning upprepade gånger så var patienternas intresse lågt för detta. Tidigare studier har visat att motivationen för att sluta röka är låg såväl hos de med schizofreni som i befolkningen i övrigt (Lucksted et al., 2004).

Uppfattningen kring hur man bäst kunde förbättra rökavvänjningen skiljde sig en del mellan läkare och sjuksköterskor: tre av fyra läkare lyfte fram en mer kraftfull antipsykotisk behandling som den viktigaste behandlingen. Den antipsykotiska medicineringen har i tidigare studier visats kunna minska rökningen hos schizofrena, den huvudsakliga mekanismen har då varit en ökning av dopaminfrisättningen (Minichino et al., 2013). Rökstopp har inte visat sig öka de psykotiska symptomen (Minichino et al., 2013).

Som nämnts i förra stycket var patientens motivation den viktigaste delen i rökavvänjningen enligt sjuksköterskorna. För att öka motivationen nämndes motiverande samtal och gruppterapi. En av de intervjuade ansåg att rökavvänjning inte hade erbjudits och att det första steget mot rökfrihet skulle vara att erbjuda sedvanlig rökavvänjning. Motivation har också i tidigare studier beskrivit som en central del i rökavvänjningen (Lucksted et al., 2004).

Den optimala strategin för rökavvänjning hos den här patientgruppen var enligt många av de intervjuade, trots att studier visar på att rökavvänjning är dåligt anpassad för den här patientgruppen (Lucksted et al., 2004; Morris et al., 2009), inte skiljd från hur rökavvänjning ofta utformas hos den rökande normalbefolkningen. Detta betyder ju i och för sig inte att rökavvänjningsmetoderna hos schizofrena är bra, vilket naturligtvis borde undersökas ytterligare med tanke på problemets omfattning och allvarlighetsgrad. Metoder som lyftes fram var i huvudsak de som redan nämnts och som redan används i praktiken: Nikotinersättningsmedel, antipsykotika, motiverande samtal och olika former av gruppsamtal. Det problematiska med att personalen röker togs upp av flera som ett hinder för en optimal behandling. Detta har också diskuterats lyfts fram som ett problem i tidigare studier (Fagerstrom & Aubin, 2009). Personalen verkade i intervjuerna väl medvetna om olika rökavvänjningsstrategier och de flesta tyckte också att dessa erbjöds regelbundet till patienten, I kontrast till att viss tidigare forskning visat på att personalen är okunnig om rökavvänjningsmetoder (Ashton et al., 2013). Beroendeproblematiken i rökning är enligt tidigare forskning försummad och behandlas i för liten utsträckning hos schizofrena (Lucksted et al., 2004).

Anpassad rökavvänjning, som förordas i många studier (Lucksted et al., 2004; Minichino et al., 2013) kanske inte är det som behövs. Många olika metoder har prövats för att nå rökfrihet. Första steget mot rökfrihet kan för schizofrena vara att minska stegvis på rökningen (Fagerstrom & Aubin, 2009; Ruther et al., 2014) Kanske är inställningen och rökvanorna hos personalen viktigare än man tror. Det finns studier som visat på att rökning med patienten har använts för att stärka relationen mellan den behandlande läkaren och patienten (Fagerstrom & Aubin, 2009). Denna delen av rökningen med patienten framkom inte under intervjuerna och det är oklart om patienten på något sätt skulle gynnas av att personalen röker med denne.

Några av anledningarna som framkom under intervjuerna till varför schizofrenipatienterna röker så mycket var sysslolöshet och lindring av sjukdomssymptom. Lindring av sjukdomssymptom är något som beskrivs i tidigare forskning (Minichino et al., 2013) och lindring av neuroleptikabiverkningar (Mackowick et al., 2012).

Metoddiskussion

Det är svårare att ställa upp vetenskapliga kriterier för kvalitativ forskning jämfört med kvantiativ forskning och det har debatterats mycket om och i så fall vilka man kan ställa upp som sådana kriterier för kvalitativ forskning (Malterud, 2009). Några kriterier som många är överens om att man kan ställa är följande: Validitet, konfirmabilitet, överförbarhet, relevans (Malterud, 2009). Validiteten kan förstärkas genom en klar framställning av resultat och diskussion. Relevansen kan förstärkas genom detaljerad rapportering och motivering av valda urvalsstrategier. Överförbarheten och konfirmabiliteten kan stärkas genom en noggrann beskrivning av hur analysarbetet, datainsamlingen och urvalet skett (Malterud, 2009). Validiteten har försökt stärkas genom ett strategiskt urval, som ökar chanserna till att det som syftas till att undersökas verkligen undersökts. Det strategiska urvalet i studien har skett genom att det i intervjuerna strävades efter att ha olika yrkeskategorier representerade för att materialet inte skulle bli för homogent. Variationsbredd eftersträvades för att ha möjlighet att belysa fler nyanser av fenomenet (Malterud, 2009). Möjligheterna till strategiskt urval försämrades genom att klinikledningen inte tillät alla yrkeskategorier att delta i intervjuerna. Litteratursökningar och ämneskunskap inhämtades för att

underlätta det strategiska urvalet (Malterud, 2009). Ett sätt att försöka förstärka trovärdigheten har varit att diskutera bland annat textkondenseringen med handledaren under projektets gång. Genom att diskutera urvalets sammansättning (Malterud, 2009) (kvinnor och män samt olika yrken hos de intervjuade) med handledaren har överförbarheten hos studien försökt stärkas (Malterud, 2009). En medvetenhet kring att hålla en låg profil vid intervjuerna fanns hos författaren för att de intervjuade inte skulle känna sig hindrade att framföra sina åsikter (Holme, 1997).

I analysarbetet har författaren eftersträva att ha ett aktivt och medvetet förhållande till den förförståelse som denne gått in med vid genomförandet av studien (SBU, 2014). Detta har genomförts bland annat genom att intervjuguiden gåtts igenom tillsammans med handledaren för att säkerställa att frågorna inte blivit för snäva på grund av förutfattade meningar hos författaren. En eftersträvan efter noggrannhet i presentationen av resultatet har eftersträvats. I de tolkningar som har gjorts av resultatet och som diskuteras i diskussionen har en förankring i data eftersträvats, såväl data som framkommit genom intervjuerna som ifrån tidigare studier. Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet hos kvalitativa studier har använts för att kontrollera kvalitén i studien (SBU, 2014).

Urval

Heterogenitet eftersträvades hos intervjuobjekten eftersom ett alltför homogent material kan ge svårigheter att få fram data som ger nya kunskaper (Malterud, 2009). För att öka överförbarheten så skulle en mer homogen grupp kunna ha intervjuats, till exempel en enda yrkesgrupp. Undersökningen hade då gett ett mer överförbart resultat för t.ex läkares erfarenheter av rökavvänjning hos patienter med schizofreni. Såväl en heterogen urvalsgrupp som en stor variationsbredd förespråkas i kvalitativa studier för att kunna belysa flera nyanser av ett och samma problem (Graneheim & Lundman, 2004). Detta eftersträvades i urvalet. Det var också viktigt att relevansen för intervjuobjekten var hög, att de bedömdes kunna besvara problemställningen. Urvalet gjordes utifrån yrke, kön och längden på arbetslivserfarenhet. Det var sju personer som intervjuades från två olika slutenvårdsavdelningar inom psykiatrin.

Instrument

En semistrukturerad intervju valdes som verktyg vid datainsamlingen. En intervjuguide skapades, vilken inte följdes slaviskt. Intervjuaren lärde sig denna utantill och det gavs också möjlighet för de intervjuade att lägga till saker på slutet om det var något de upplevde inte hade tagits upp i intervjun. Detta förespråkas i kvalitativa intervjuer (Malterud, 2009). Det är också viktigt att vara öppen för sidospår som kan uppkomma under intervjun och följa dessa. Syftet är att få den intervjuades personliga uppfattning och erfarenhet av fenomenet som behandlas under intervjun (Malterud, 2009). Semistrukturerad intervju är en välbeprövad datainsamlingsmetod vid kvalitativa studier och detta stärker undersökningens tillförlitlighet (Malterud, 2009). Författaren är givetvis bara människa och en metodologisk begränsning kan vara att författaren har en förutfattad bild av hur resultatet av studien kommer att bli, grundat på egna erfarenheter eller lästa studier. Detta kan påverka hur intervjuguiden utformas och inställningen hos författaren under intervjuerna. Detta försökte motverkas genom öppna frågor och följdfrågor, en flexibel intervjuguide och möjligheter för intervjupersonen att lägga till åsikter på slutet. Antalet intervjuer som kunde hållas begränsades av hur många intervjuer det

gavs tillstånd för från klinikledningen. Det relativt få antalet intervjuer kan ge en felaktig bild av fenomenet, om urvalet visar sig vara ofördelaktigt.

Under en intervju föreligger ofta en maktasymmetri, vilket det som intervjuare är viktigt att vara medveten om (Trost, 2010). Denna försöktes minimeras genom att lyssna empatiskt, vara accepterande och tolerant. En "solidarisk" intervju eftersträvades (Trost, 2010) för att den intervjuade inte skulle anpassa sig till vad den tror att intervjuaren vill höra, utan känna sig trygg och kunna tala fritt (Trost, 2010). Under intervjun eftersträvades en låg profil och en neutral roll från intervjuarens sida för att inte påverka de intervjuade (Holme, 1997).

Databearbetning

En svaghet i studien är att bara en datainsamlingsmetod (semistrukurerad intervju) har använts. Genom "metodtriangulering", där flera olika metoder används för att beskriva samma fenomen, kunde möjligtvis grunden varpå studien står blivit stabilare (Granskär, 2008). Metodtriangulering bör dock inte överskattas eftersom olika metoder inte alltid kan användas till att ge svar på samma frågeställning (Malterud, 2009). Studien hade också blivit starkare om intervjumaterialet bearbetats av flera personer. Det insamlade intervjumaterialet har i huvudsak bearbetats av författaren själv, med handledaren som stöd på distans, vilket givetvis gett mera spelrum för författarens egna tolkningar jämfört med om analysarbetet kontinerligt utförts i samverkan med en eller flera medförfattare. Ett sätt att stärka studien har varit användandet av kvalitetskritierna validitet, konfirmabilitet, överförbarhet och relevans (se första stycket i metoddiskussionen). Överförbarheten hos en kvalitativ studie skiljer sig ifrån en kvalitativ studie och är upp till den som läser att bedöma (Malterud, 2009).

Slutsatser

Ur resultaten framkommer att personalen tycker att rökavvänjningen hos schizofreni-patienter fungerar dåligt. Det framgår inte i denna studie om schizofrenipatienternas eventuella kognitiva svårigheter påverkar möjligheterna till lyckad rökavvänjning. Under intervjuerna framkom att personalens erfarenhet är att schizofreni-patienter röker mer än de utan schizofreni. Vilken strategi för rökavvänjning som erbjöds de schizofrena varierade, men var i linje med de strategier som Socialstyrelsen rekommenderar. Hur man kan få en mer lämplig rökavvänjning hade personalen varierande åsikter om: Optimerad antipsykotisk behandling och samtalsterapi med inriktning mot att förbättra patientens motivation var strategier som förespråkades. Sysslolöshet, andra som röker (även inom personalen), lyftes fram som viktiga anledningar till att patienten har svårt att bli rökfri. Patienternas kognitiva svårigheter lyftes inte fram som någon anledning till att rökavvänjning inte gick som planerat och det är oklart om det utifrån resultaten en anpassning av rökavvänjningen skulle kunna leda till minskad rökning. Resultatet i den här studien tyder på att de flesta patienter erbjuds rökavvänjning, men att denna ofta inte fungerar så bra. En kombination av behandlingsstrategier och en rökfri miljö har framkommit som viktiga faktorer för rökfrihet hos den här patientgruppen. Förslag på vad som skulle vara intressant att undersöka vidare är nedanstående:

Kan en optimerad antipsykotisk behandling ge minskad rökning hos patienten? Fungerar rökavvänjning verkligen sämre för schizofrena jämfört med normalbefolkningen? Kan rökfrihet hos personalen ge rökfrihet hos patienten?

Referenser

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). (2013). Arlington: American Psychiatric Publishing

Ashton, M., Rigby, A., & Galletly, C. (2013). *What do 1000 smokers with mental illness say about their tobacco use?* Australian and New Zealand journal of Psychiatry, 47(7), 631-636.

Aubin, H. J., Rollema, H., Svensson, T. H., & Winterer, G. (2012). *Smoking, quitting, and psychiatric disease: a review.* Neuroscience Biobehav Rev, 36(1), 271-284.

Bowden, J. A., Miller, C. L., & Hiller, J. E. (2011). *Smoking and mental illness: a population study in South Australia.* Australian and New Zealand journal of Psychiatry, 45(4), 325-331.

Bradshaw, T., Lovell, K., & Harris, N. (2005). *Healthy living interventions and schizophrenia: a systematic review.* J Adv Nurs, 49(6), 634-654.

Chestlog, O., Vera Luiza da Costa e Silva, Evans, Tim. (2015). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2015 -Raising taxes on tobacco.* Luxembourg: World Health Organization.

Costa, S. (1998). *Schizophrenia and public health*. Geneva: Nations for Mental Health

Fagerstrom, K., & Aubin, H. J. (2009). *Management of smoking cessation in patients with psychiatric disorders.* Curr Med Res Opin, 25(2), 511-518.

Folkhälsoinstitutet, S. (2010). *Framtidens folkhälsa–allas ansvar.* Solna: Åtta.45 Tryckeri AB.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness.* Nurse Educ Today, 24(2), 105-112.

Granskär, M., Höglund, B. (2008). *Tillämpad forskning inom hälso- och sjukvård* (Vol. 4). Lund: Studentlitteratur AB.

Socialstyrelsen. (2014). *Registeruppgifter om tobaksrökningens skadeverkningar*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Holme, I. M., & Solvang, B. K. (1997). *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder.* Lund: Studentlitteratur.

Kovacs, J. (2014). *Vårdpersonalens inställning till psykospatienternas rökning.* (magisteruppsats). Östersund: Mittuniversitetet.

Kvale, S. B., S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lucksted, A., McGuire, C., Postrado, L., Kreyenbuhl, J., & Dixon, L. B. (2004). *Specifying cigarette smoking and quitting among people with serious mental illness.* Am J Addict, 13(2), 128-138.

Mackowick, K. M., Lynch, M. J., Weinberger, A. H., & George, T. P. (2012). *Treatment of tobacco dependence in people with mental health and addictive disorders.* Curr Psychiatry Rep, 14(5), 478-485.

Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning.* Lund: Studentlitteratur.

Mårtensson, L. (2009). *Psykiatri.* Stockholm: Studentlitteratur AB.

Minichino, A., Bersani, F. S., Calo, W. K., Spagnoli, F., Francesconi, M., Vicinanza, R. Biondi, M. (2013). *Smoking behaviour and mental health disorders-mutual influences and implications for therapy.* Int J Environ Res Public Health (10), 4790-4811.

Morris, C. D., Waxmonsky, J. A., May, M. G., & Giese, A. A. (2009). *What do persons with mental illnesses need to quit smoking? Mental health consumer and provider perspectives.* Psychiatr Rehabil J, 32(4), 276-284.

Ruther, T., Bobes, J., De Hert, M., Svensson, T. H., Mann, K., Batra, A. Moller, H. J. (2014). *EPA guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness.* Eur Psychiatry, 29(2), 65-82.

SBU. (2014). *Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik*. Stockholm: SBU.

Socialstyrelsen. (2011a). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2011b). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen. (2014). *Registeruppgifter om tobaksrökningens skadeverkningar*. Stockholm: Socialstyrelsen

Solway, E. S. (2011). *The lived experiences of tobacco use, dependence, and cessation: insights and perspectives of people with mental illness.* Health Soc Work, 36(1), 19-32.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer* (Vol. 4). Lund: Studentlitteratur AB.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.* Stockholm: Elanders Got AB.

von Hausswolff-Juhlin, Y., Bjartveit, M., Lindstrom, E., & Jones, P. (2009). *Schizophrenia and physical health problems.* Acta Psychiatr Scand Suppl(438), 15-21.

Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). *Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis.* JAMA Psychiatry, 72(4), 334-341.

Widerberg, K. (2006). *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Williams, J. M., & Foulds, J. (2007). *Successful tobacco dependence treatment in schizophrenia.* Am J Psychiatry, 164(2), 222-227.

Willig, C. (2007). *Introducing qualitative research*. Berkshire: Open University Press.

Wolofsky, S. (2012). *Världen puffar som aldrig förr.* Medicinsk vetenskap (3), 17-19.

Bilaga 1 Informationsbrev

Till anställda på psykiatriska avdelning X och Y.

Jag heter Anton Landgren och skriver min mastersuppsats i folkhälsovetenskap på MittUniversitetet. Du är inbjuden att delta i en studie vars syfte är att få ökad kännedom, med hjälp av personalens erfarenhet, om hur en rökavvänjningsstrategi kan utformas för schizofreni-patienter inom slutenvård samt att identifiera vilken hjälp dessa patienter erbjuds för att bli rökfria. Rökning är mycket vanligare hos personer med schizofreni än hos normalbefolkningen och det finns studier som tyder på att det dessutom är svårare att få dessa patienter rökfria. Det är därför viktigt att hitta rökavvänjningsmetoder som kan hjälpa dessa patienter att bli rökfria. I din egenskap av sjukvårdspersonal som träffar patienten ofta så kan du bidra med värdefulla åsikter.

Datainsamlingen kommer att ske genom intervjuer som spelas in på band. Arbetsledningen har informerats om studien och den har godkänt att intervjuerna sker på arbetstid. Varken arbetsledningen eller medarbetare får reda på vilka som deltar i studien. Det insamlade materialet avidentifieras. Allt material kommer att hanteras konfidentiellt. Det är endast jag och handledaren som har tillgång till materialet som hålls inlåst under studien och förstörs efteråt.

Deltagandet i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring.

Projektarbetet sker under vetenskaplig handledning och kommer att läggas fram som akademisk uppsats vid Mittuniversitetet.

Har du några frågor kring studien får du gärna kontakta mig. Med vänliga hälsningar

Anton Landgren
Mobil: 0739377768
e-post: Landgren.anton@gmail.com

Bilaga 2 Intervjuguide

Informera den intervjuade om att åsikterna under intervjun är väldigt viktiga och kan leda fram till en ökad förståelse kring hur rökavvänjning bör ske hos schizofrenipatienter. Informera om att intervjun spelas in och hur lång tid intervjun kommer att ta. Informera om att informationen kommer att avidentifieras, inte kan knytas till person och senare kommer att förstöras.

1. Vad har du för yrke?
2. Hur lång arbetslivserfarenhet har du inom detta yrke?
3. Upplever du att schizofreni-patienters rökvanor skiljer sig från normalbefolkningens rökvanor?
4. Upplever du att rökande schizofreni-patienter har fått någon hjälp att bli rökfria under vårdperioden? Om ja: Hur har denna hjälp fungerat tycker du?
5. Finns det något sätt att förbättra den hjälp som schizofreni-patienten fått att bli rökfri? Isåfall hur?
6. Vad tror du är den mest lämpliga rökavvänjningsmetoden för patienter med schizofreni?
7. Har du något övrigt att tillägga?