



Mohn Research Center
for Psychotic disorders
MRCP



MRCRM
MOHN RESEARCH CENTRE FOR
REGENERATIVE MEDICINE

Redusert levealder for pasientar med alvorlege sinnslidingar

Rune Andreas Kroken
Professor, PhD
UiB
Overlege/ forsker
Divisjon psykisk helse, HUS



 **HELSE BERGEN**
Haukeland University Hospital

 **OSLO UNIVERSITY HOSPITAL** | 



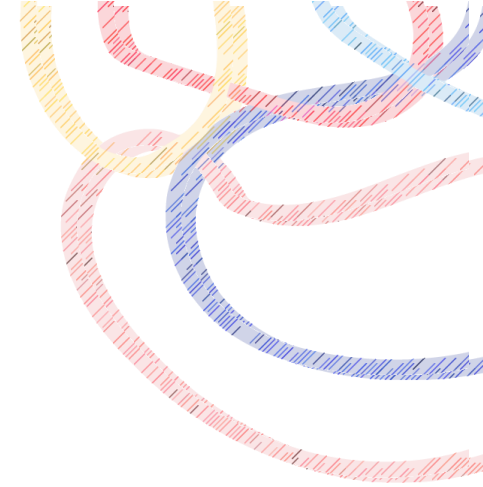
Agenda

Redusert levealder

- Omfang
- Sykdommene som betyr mest
- Underliggende årsaker og mekanismer

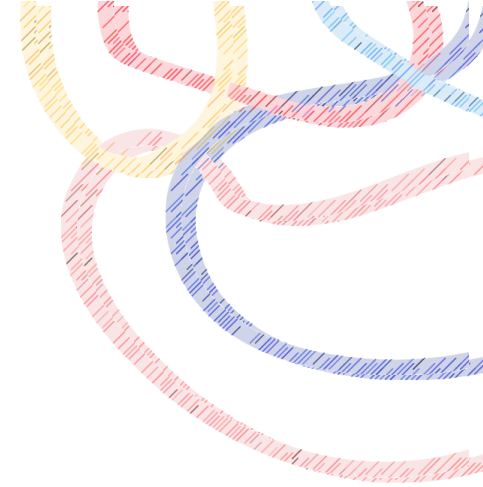
Hva skal vi gjøre med det

- Føringer: Opptrappingsplan -> Handlingsplan
- Kompetanseutvikling Somatikk <-> Psykiatri for helhetlig behandling
- Hjernehjerteprojektet - implementering
- Metabolsk poliklinikk Sandviken
- Forskning



Årsaker

- | Ulykker & selvmord
- | Somatisk sykdom





DEN NORSKE LEGEFORENING

Bedre helse og lengre liv

for personer med alvorlig
psykisk lidelse eller rusmiddel-
og avhengighetslidelse



Legeforeningens arbeidsgruppe
for somatisk helse hos personer
med alvorlig psykisk lidelse eller
rusmiddel- og avhengighetslidelse

Januar
2023

[Bedre helse og lengre liv \(legeforeningen.no\)](https://legeforeningen.no)

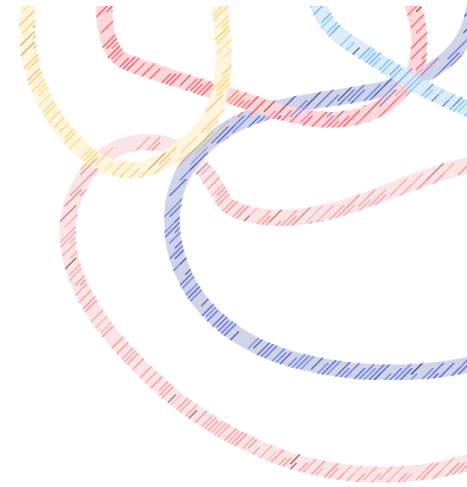
Vil gjøre noe med «den styggeste» ulikheten i helse

Mandag 23. januar lanserte fagstyret i Legeforeningen rapporten «Bedre helse og lengre liv for personer med alvorlig psykisk lidelse eller rus- og avhengighetslidelse» på et lunsjseminar i Legenes hus. I rapporten Bedre helse og lengre liv (presenteres en rekke konkrete råd om hvordan leger, helsetjenesten og politikerne kan bidra til å rette opp det som har blitt kalt den styggeste helseforskjellen i Norge.

Av Ståle Onsgård Sagabråten, leder av Legeforeningens fagstyre



Ståle Sagabråten og Rune Andreas Kroken



Helsemyndighetene

| Somatisk helse og levevaner i Nasjonalt pasientforløp Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer – Helsedirektoratet

| Ansvarsavklaring

| Opptrappingsplan for psykisk helse 2023-2033 Meld. St. 23 (2022–2023) - regjeringen.no

| Levetidsgapet skal forkortes

| Handlingsplanen Handlingsplan for å heve levealderen hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer - regjeringen.no



Viktige publikasjoner

[Liu, Daumit et al. 2017: Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas - PMC](#)

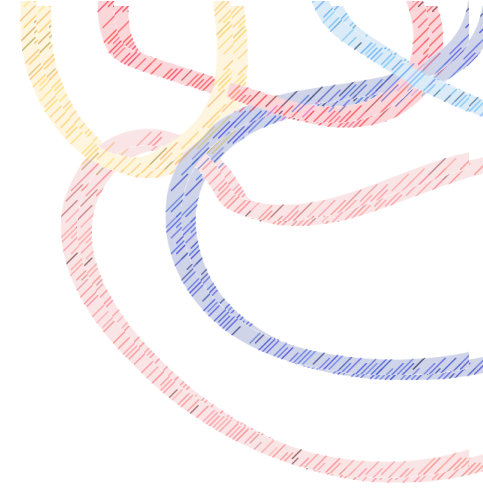
[A blueprint for protecting physical health in people with mental illness](#) The Lancet Psychiatry



Redusert levealder

Omfang

- | Sykdommene som forkorter levetiden
- | Underliggende årsaker og mekanismer



Forventet levetid versus generell befolkning

| Menn: 20 år redusert

| Kvinner: 15 år redusert

| Personer med utskrivelsesdiagnose

| Schizofreni spekter lidelse

| Affektiv lidelse

| Personlighetsforstyrrelse

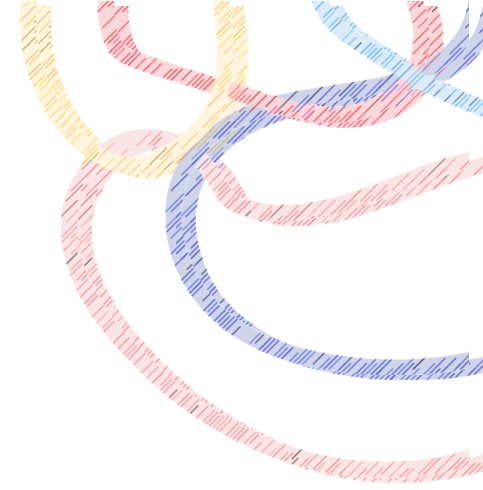
| Rusmisbruk/ avhengighet

Redusert levealder

| Omfang

| **Sykdommene som forkorter levetiden**

| Underliggende årsaker og mekanismer

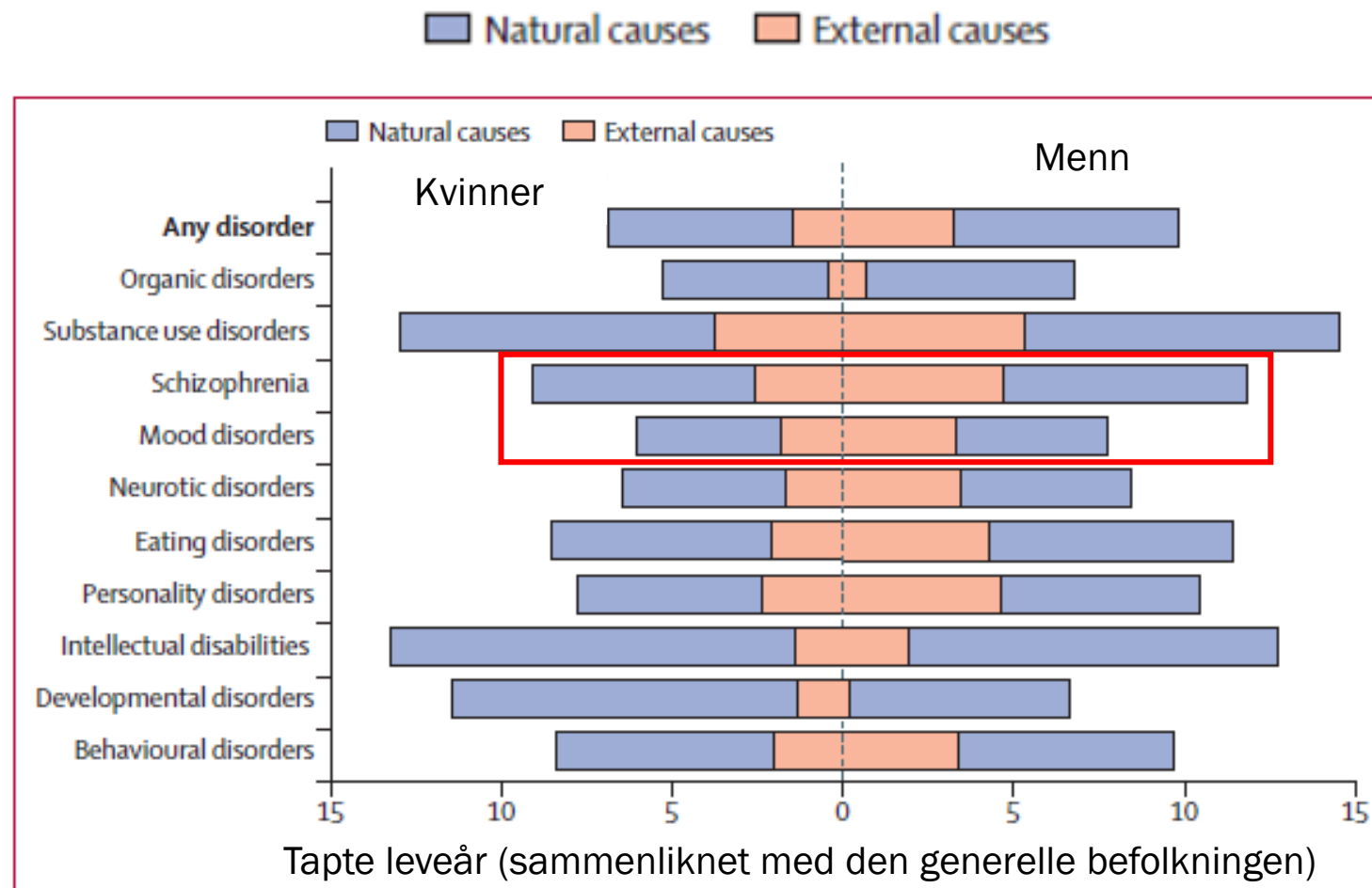


Sykdommer som tar leveår ved psykiske lidelser

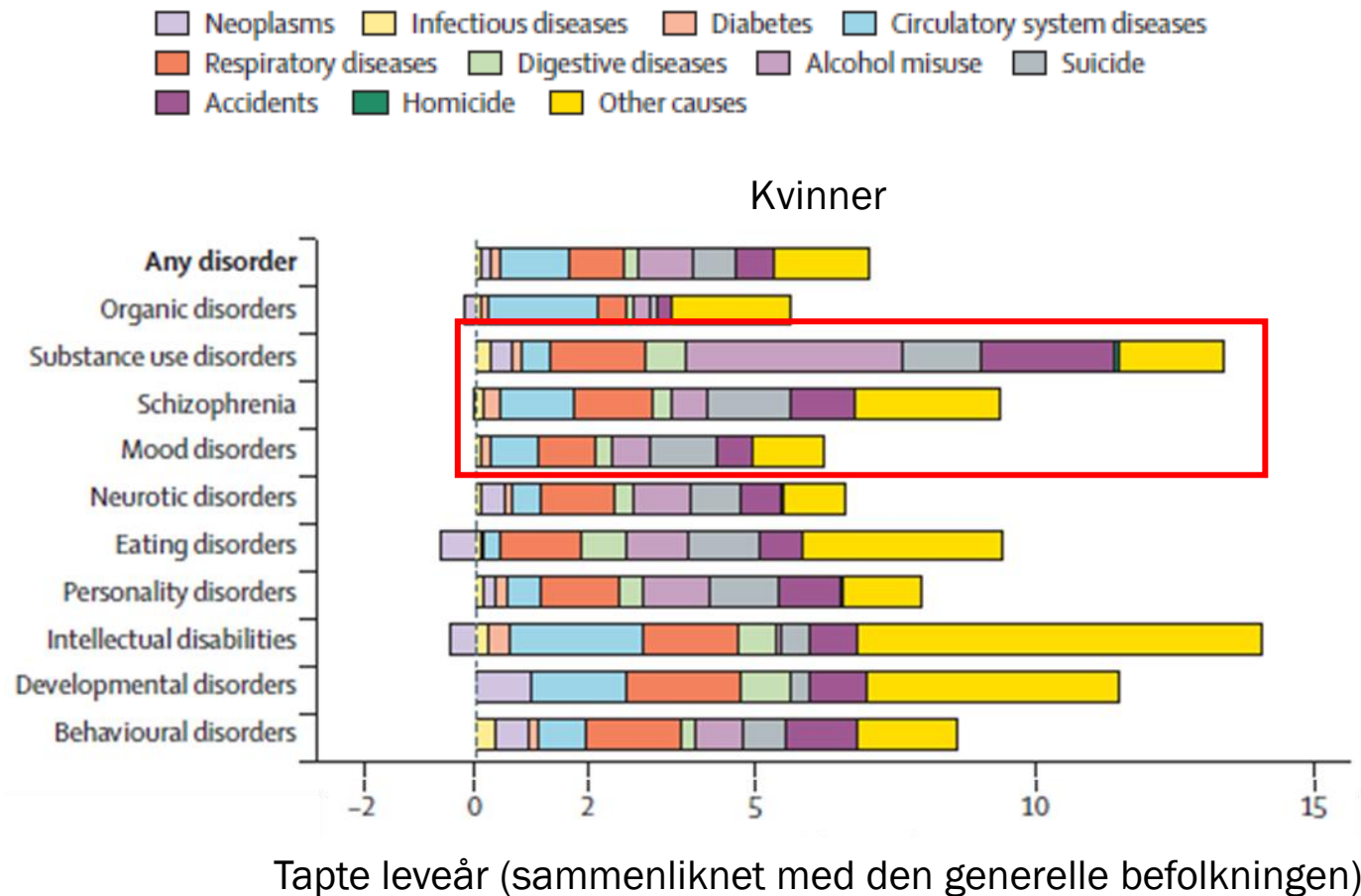
- | Hjerte/ kar sykdommer
- | Respirasjonssykdommer
- | Gastrointestinale sykdommer
- | Kreft
- | Diabetes



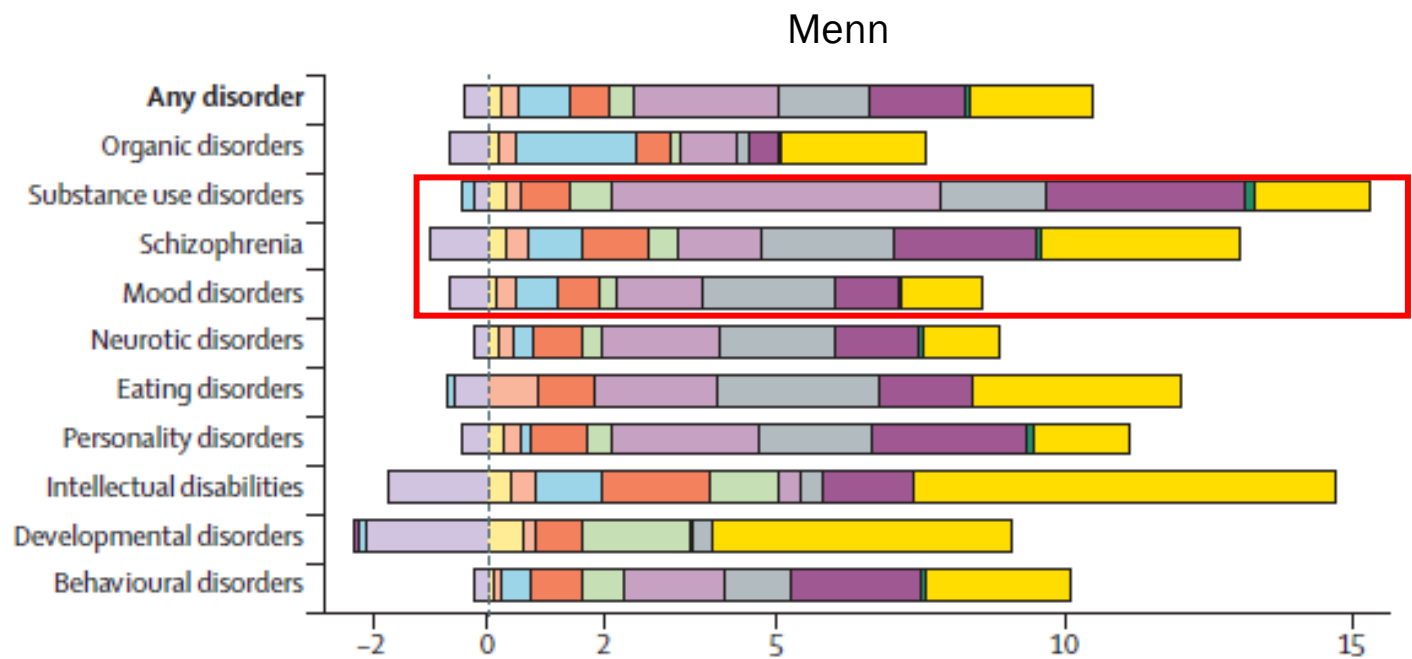
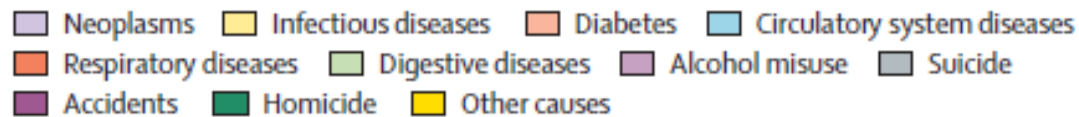
Mentale lidelser og årsaker til tapte leveår i den danske befolkningen



Mentale lidelser og årsaker til tapte leveår i den danske befolkningen



Mentale lidelser og årsaker til tapte leveår i den danske befolkningen



Tapte leveår (sammenliknet med den generelle befolkningen)

Mentale lidelser og tapte leveår i perioden 1995-2015 i Danmark

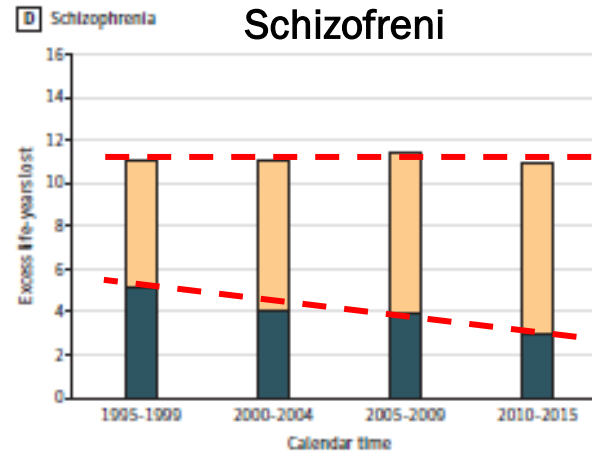
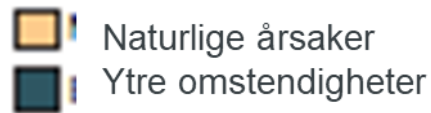
Delt opp i 5-årsperioder:

1995-1999

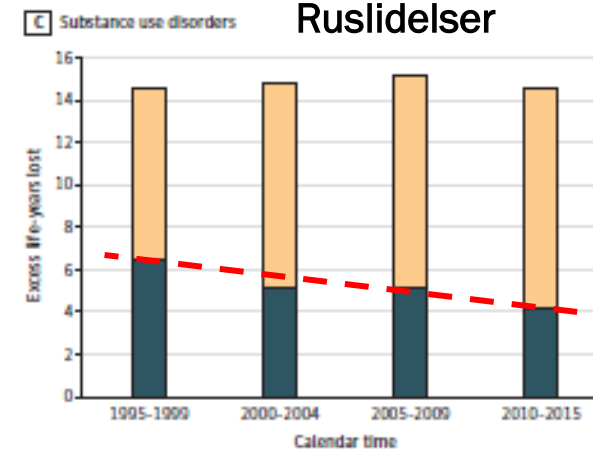
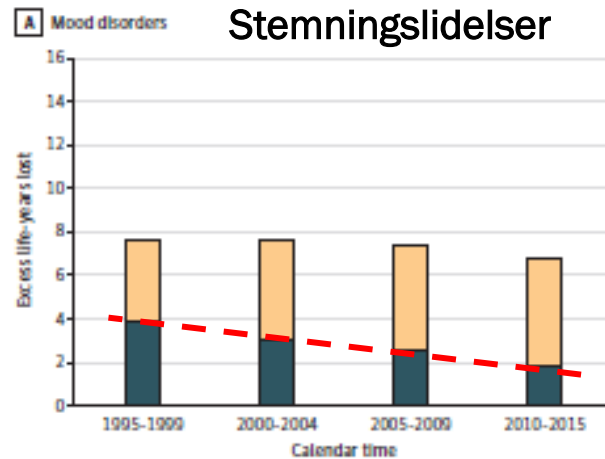
2000-2005

2005-2009

2010-2015



Betydelig nedgang i selvmord /ulykker mm. Men – økning i andre dødsårsaker gir uendret reduksjon i levealderen



	N	Prosent
Antall døde i løpet av oppfølgingstiden	68	9.8% ¹
Naturlige årsaker	40	58.8% ²
Kreft	7	10.3% ²
Hjerte- kar sykdom	18	27.9% ²
Lungesykdom	9	13.2% ²
Andre årsaker	6	7.4% ²
Unaturlige årsaker	26	38.2% ²
Selvmord	9	13.2% ²
Overdose	13	19.1% ²
Ulykker	4	5.9% ²
Ukjent dødsårsak	2	2.9% ²
	Gj.snitt	SD
Alder ved dødstidspunkt	51.3	17.8

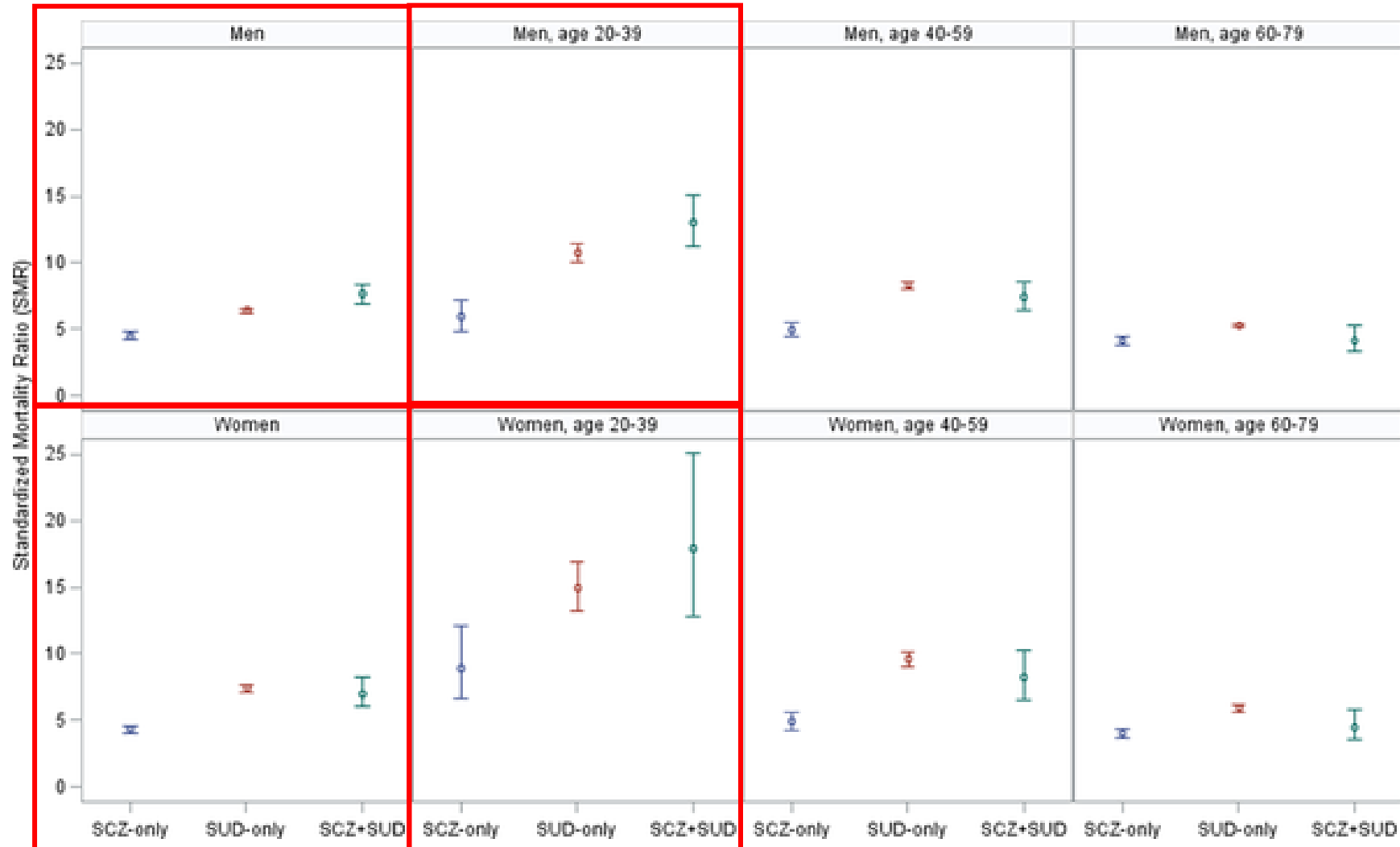
¹Prosent av hele utvalget (n=696)

²Prosent av deltagere som døde (n=68)

Risiko for død

	Multivariate analysis		
	AHR	95% CI	P-value
Age at index admission, per year	1.07	1.05-1.09	<.001
Gender (male gender =1)	0.49	0.28-0.85	.01
Non-use of antipsychotic drugs (use=1)	2.88	1.60-5.20	<.001
Interaction between age and use of antipsychotic drugs	0.95	0.92-0.99	.01
Acute psychiatric hospital admission (no=1)	1.50	0.77-2.89	.23
Excessive use of alcohol ¹ (no=1)	0.90	0.45-1.81	.77
Excessive use of illicit substances ² (no=1)	1.84	0.90-3.77	.09
Use of benzodiazepines (no=1)	1.26	0.68-2.35	.46
Use of antidepressants (no=1)	0.63	0.28-1.39	.25

Fig 1. All-cause age, gender, and calendar-year standardized mortality ratios according to gender and age among patients with schizophrenia and/or substance use disorders.



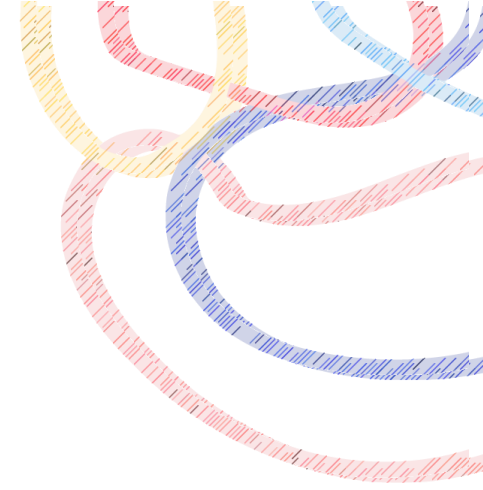
Heiberg IH, Jacobsen BK, Nesvåg R, Bramness JG, Reichborn-Kjennerud T, et al. (2018) Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. PLOS ONE 13(8): e0202028.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202028>

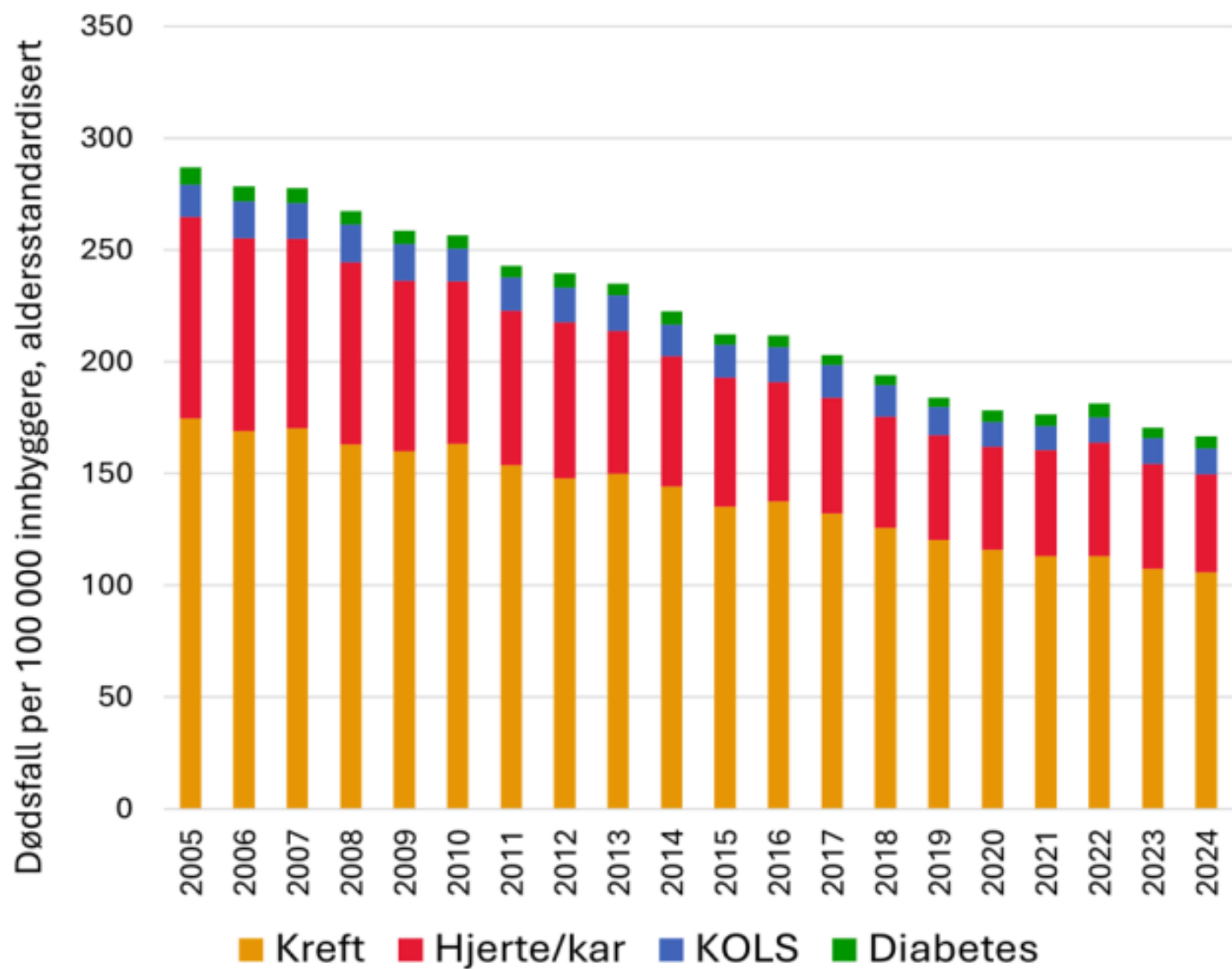
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0202028>

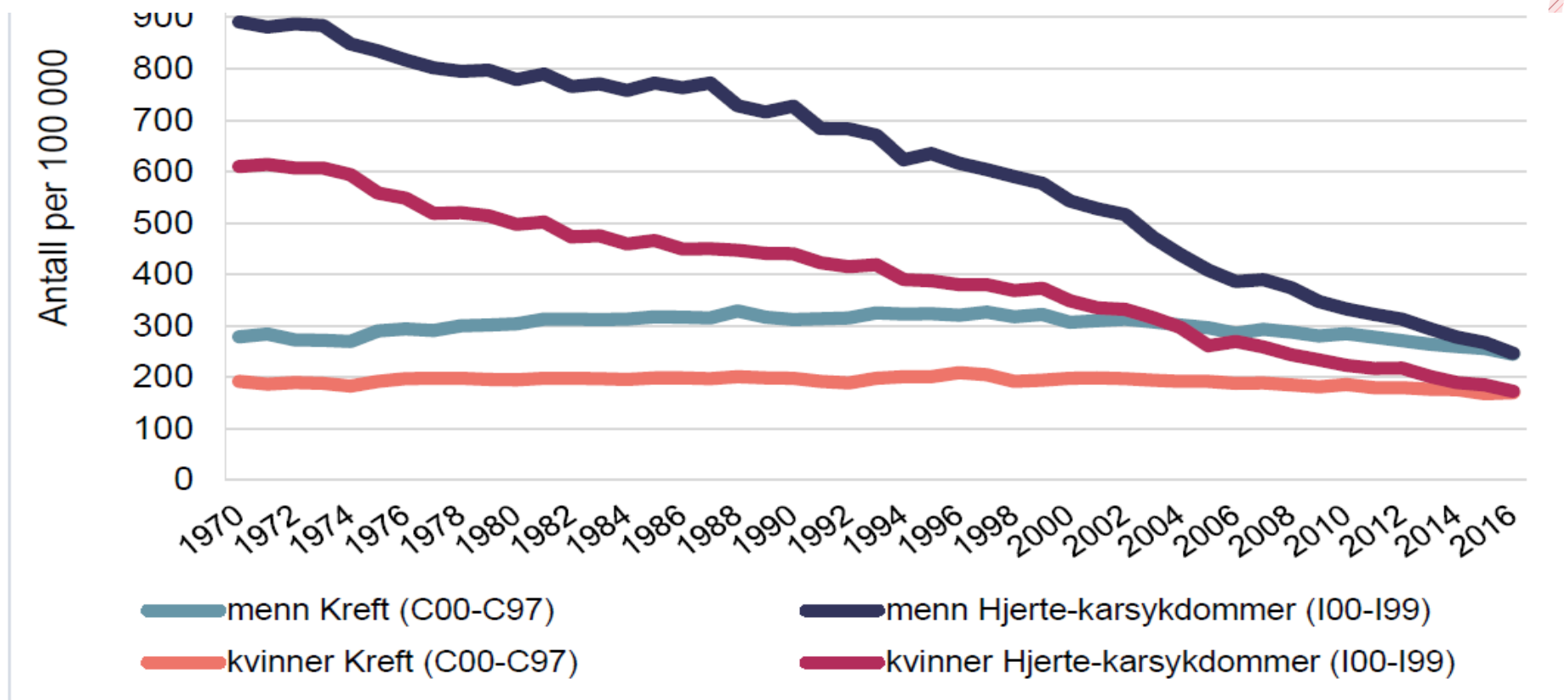
Redusert levealder

- | Omfang
- | Sykdommene som forkorter levetiden
- | **Underliggende årsaker og mekanismer**



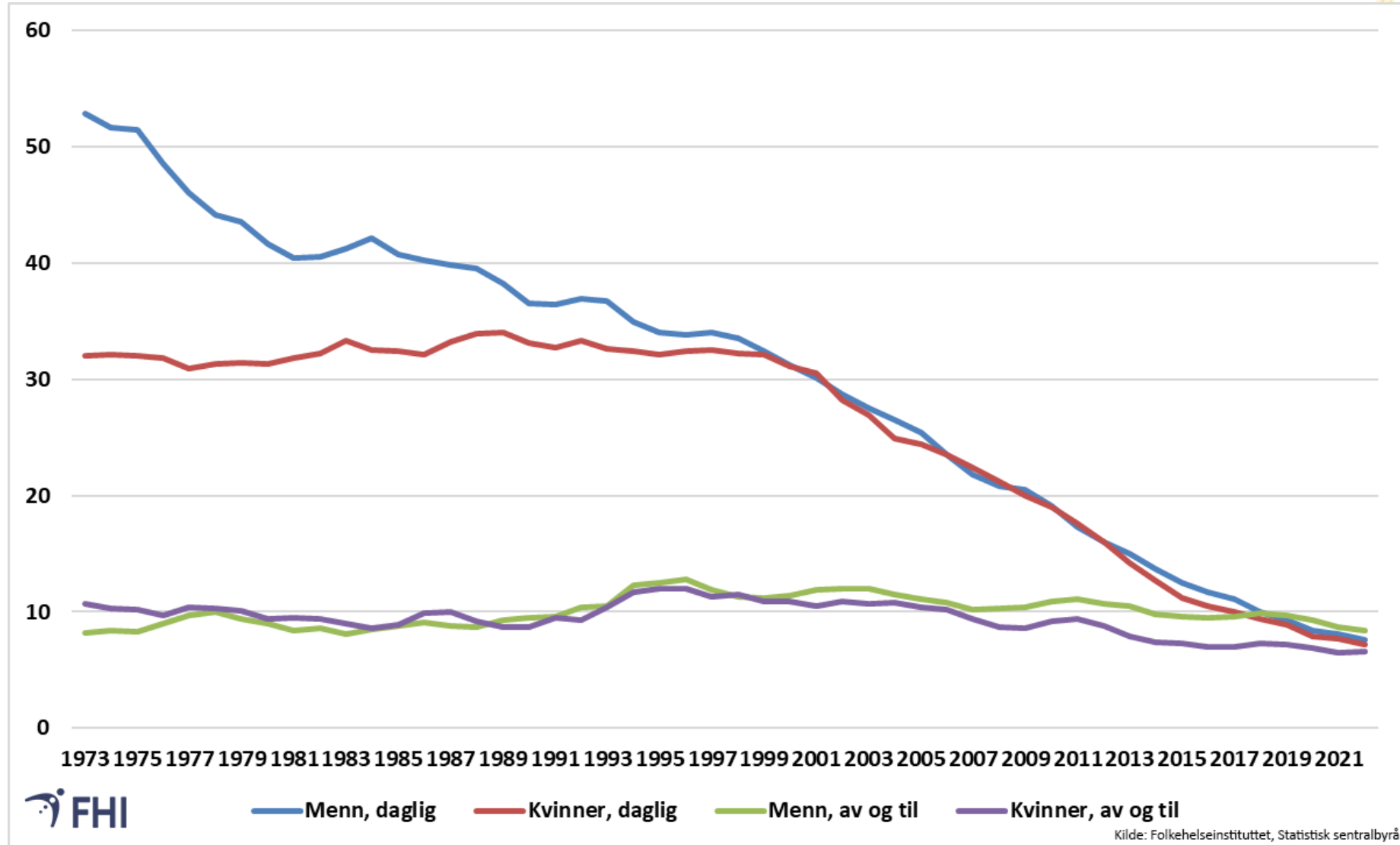
Samlet NCD-dødelighet 30-69 år





Figur 3. Dødelighet i hjerte- og karsykdommer og kreft 1970-2016, menn og kvinner alle aldre. Antall døde per 100 000 i aldersstandardisert befolkning. Kilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet.

Røykere i Norge 1973-2021



[Utbredelse av røyking i Norge - FHI](#)

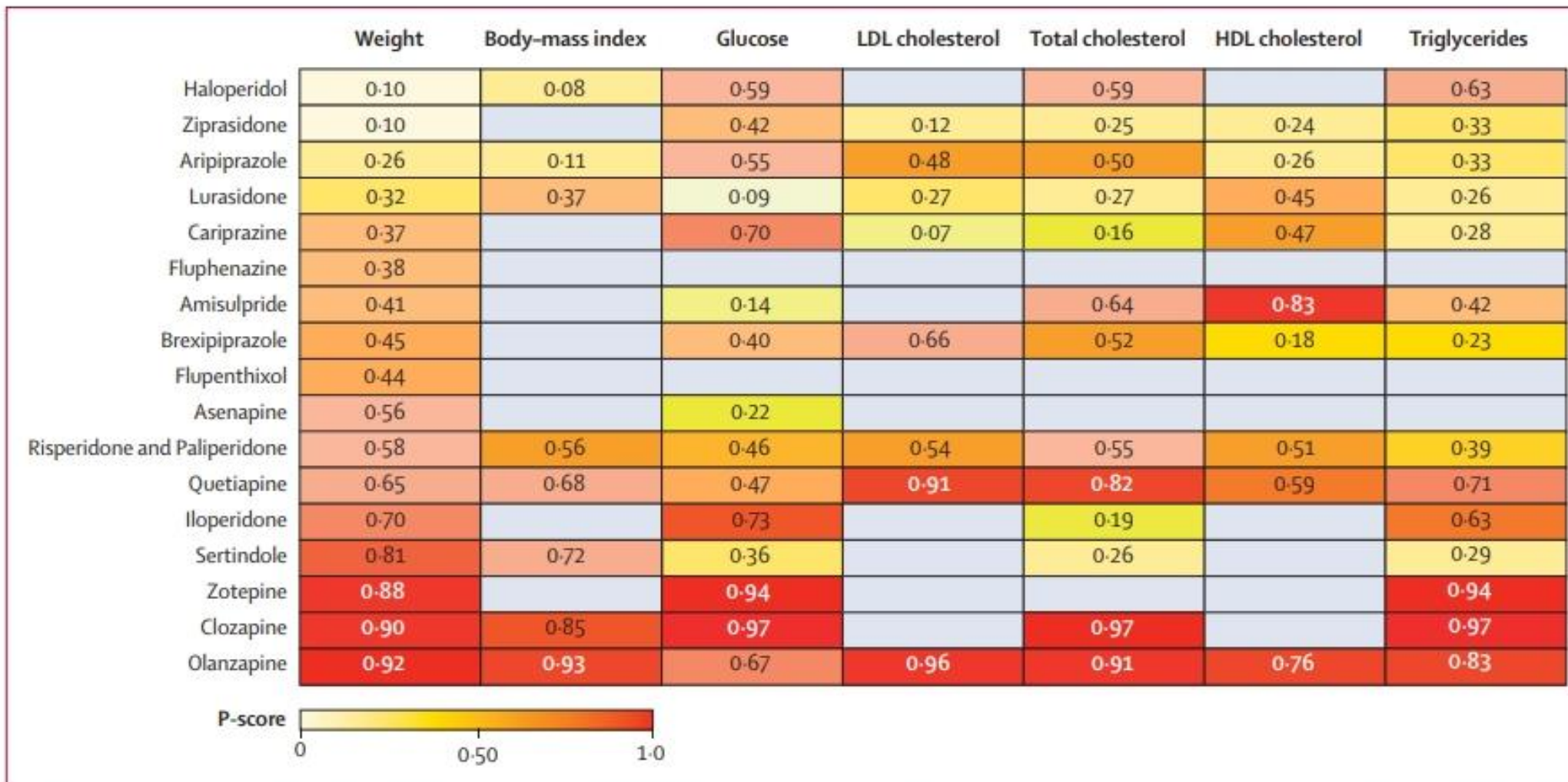


Figure 3: Heat map of antipsychotic drugs ranked according to associated degree of alteration in bodyweight, body-mass index, and metabolic parameters Numbers reflect P-score, which rank antipsychotics on a continuous scale from 0 to 1. A higher P-score indicates a greater increase in the metabolic parameter, with the exception of HDL cholesterol, for which a higher P-score indicates a smaller increase. Grey squares indicate that data were not available.

Outcome **Risk ratio (95% CI)**

All-cause mortality

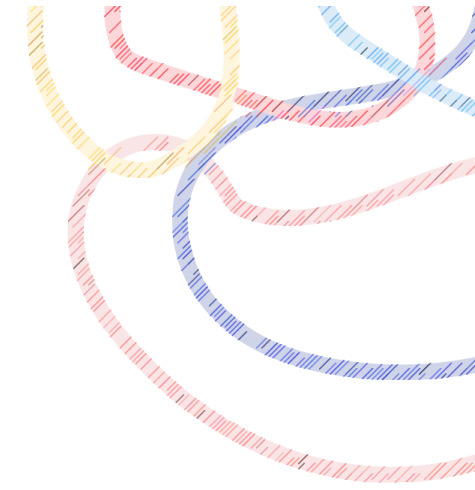
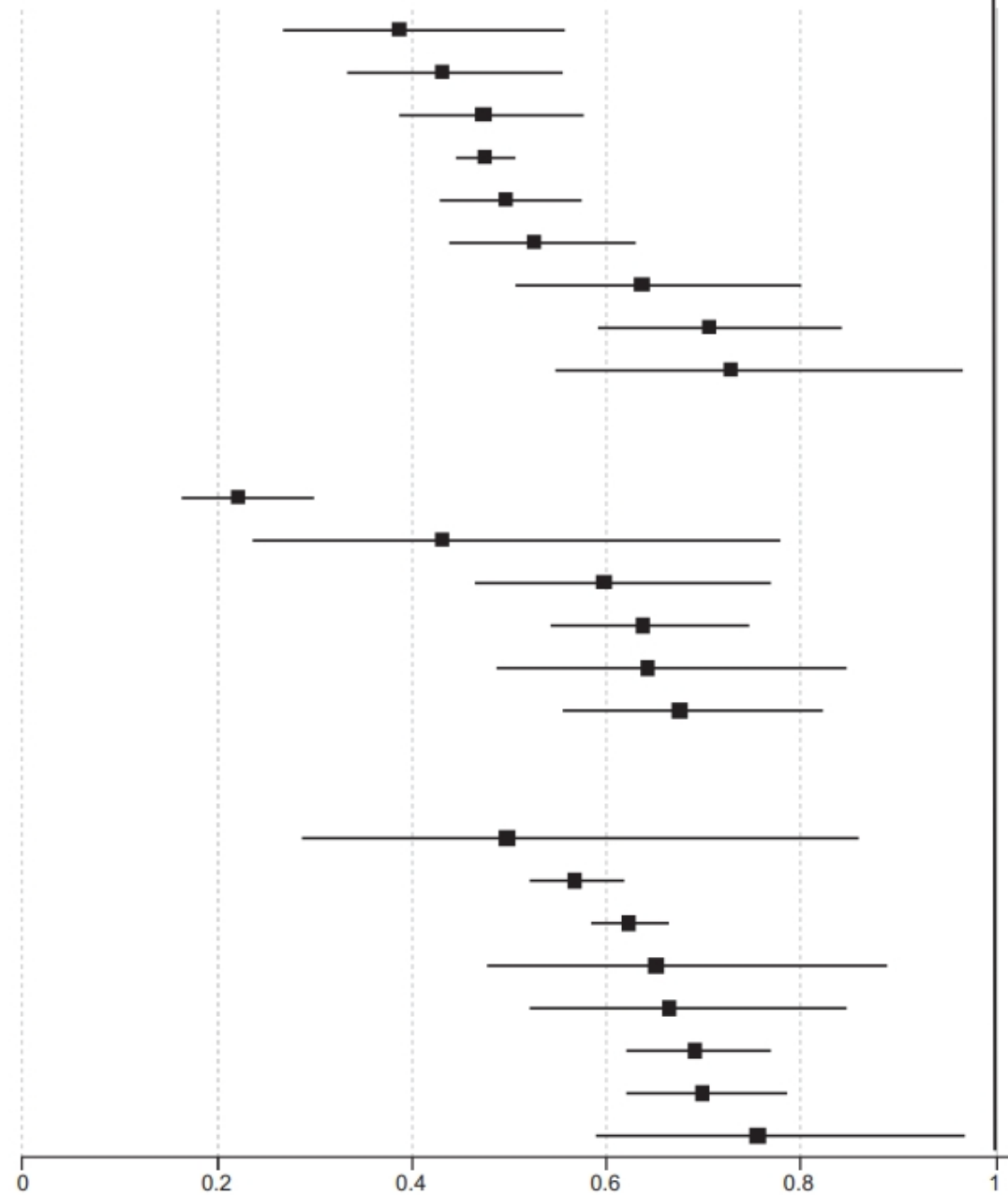
Any SGA LAI (n=3)	0.39 (0.27-0.56)
Clozapine (n=3)	0.43 (0.34-0.55)
Any LAI (n=2)	0.47 (0.39-0.58)
Any SGA oral (n=4)	0.47 (0.45-0.50)
Any FGA LAI (n=3)	0.50 (0.43-0.57)
Any SGA (n=4)	0.53 (0.44-0.63)
Any oral (n=4)	0.64 (0.51-0.80)
Any antipsychotic (n=11)	0.71 (0.59-0.84)
Any FGA (n=5)	0.73 (0.55-0.97)

Mortality from suicide

Clozapine (n=2)	0.22 (0.16-0.30)
Any SGA LAI (n=1)	0.43 (0.24-0.78)
Any LAI (n=1)	0.60 (0.47-0.77)
Any SGA oral (n=2)	0.64 (0.54-0.74)
Any FGA LAI (n=1)	0.64 (0.49-0.85)
Any SGA (n=2)	0.68 (0.56-0.82)

Mortality from natural cause

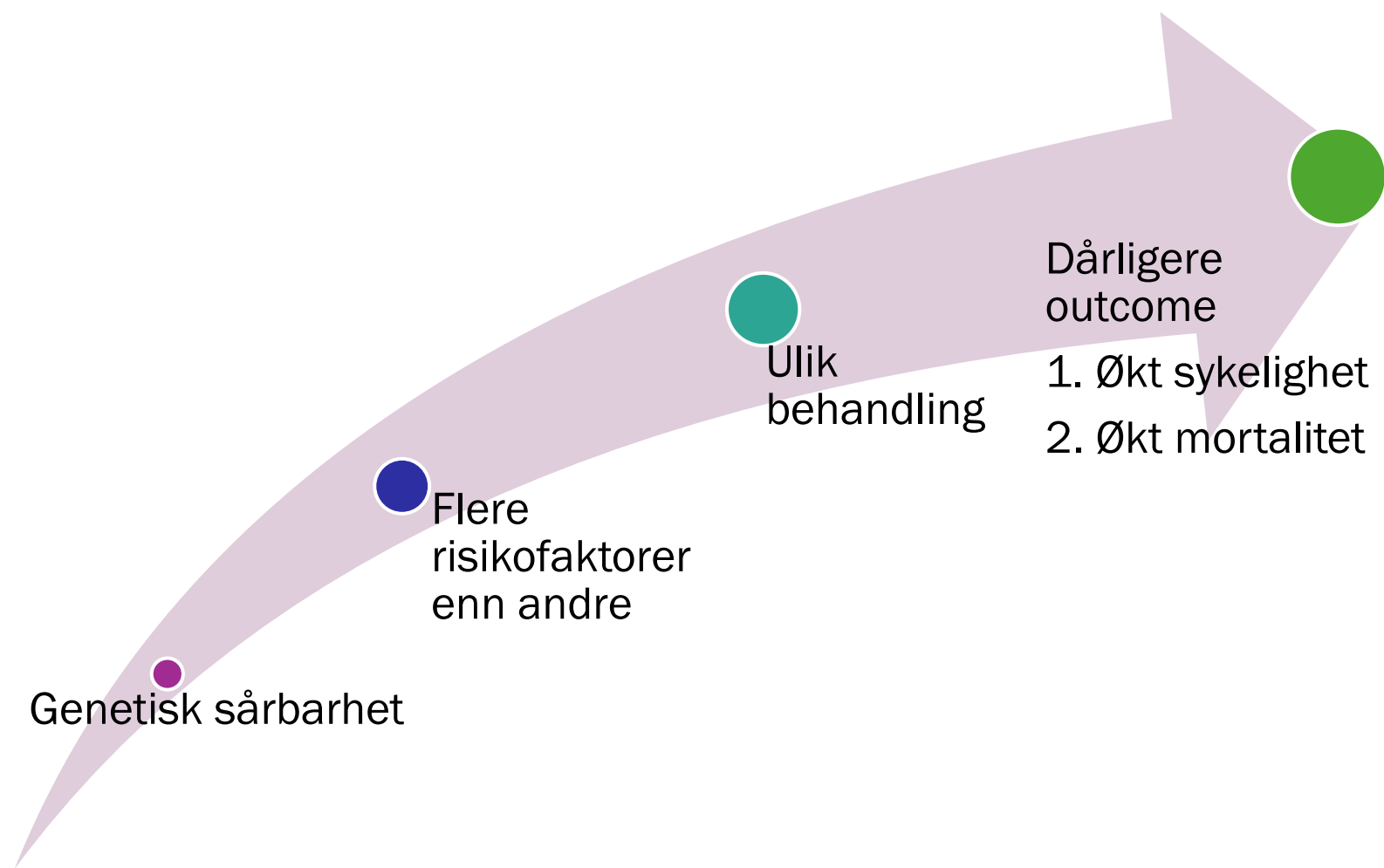
Clozapine (n=2)	0.50 (0.29-0.86)
Any SGA oral (n=2)	0.57 (0.52-0.62)
Any oral antipsychotic (n=1)	0.62 (0.59-0.66)
Any SGA (n=2)	0.65 (0.48-0.89)
Any SGA LAI (n=1)	0.66 (0.52-0.84)
Any LAI (n=1)	0.69 (0.62-0.77)
Any FGA LAI (n=1)	0.70 (0.62-0.78)
Any antipsychotic (n=3)	0.76 (0.59-0.97)



Alvorlig psykisk lidelse versus total-populasjon: mindre reduksjon i død av naturlige årsaker

- 1) omlegging av levevaner går langsommere: trening, ernæring, røyking, alkohol/narkotika.
- 2) lavere andel får preventiv kardiologisk behandling – hypertensjon, dyslipidemi, vektreduksjon.
 - |(dårlig begrunnet) skepsis til å gjennomføre invasive prosedyrer som innlegging av stent etc – diskriminering på kardiologisk side.
 - |pasienter oppsøker ikke fastlege for å få ‘en sjekk’ i like stor grad som den generelle befolkning.
- 5) sosial isolasjon (bor alene, er ikke i jobb) hemmer hjelpsøking og utnyttelse av akutthjelp.
- 6) Kreft: lavere oppfølging av screeningsprogrammer, frykt for kreftbehandling – pasienter takker nei til potensielt livreddende behandling.
- 7) behandling med psykofarmaka øker vekt, gir dyslipidemi og kan øke blodsukker.
- 8) Effekt av fattigdom og dårlige boforhold.

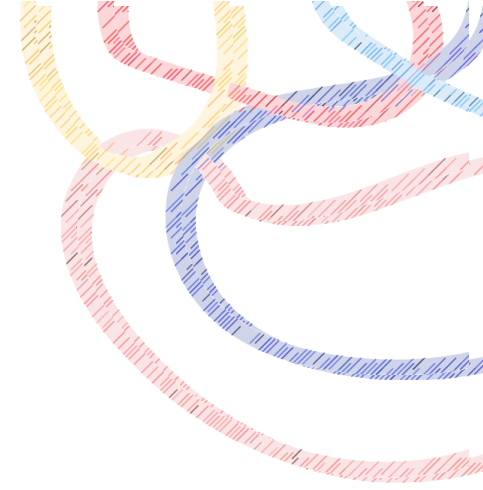
Årsaker til økt sykkelighet og dødelighet – hjerte-kar sykdom



Anne Høye, Professor/overlege
UIT/UNN

Mekanismer

- | Den psykiske lidelsen - personen
- | Helsevesenet
- | Samfunnet



Mekanismer

Individ

- Psykose, depresjon, negative symptomer, kognitive problemer

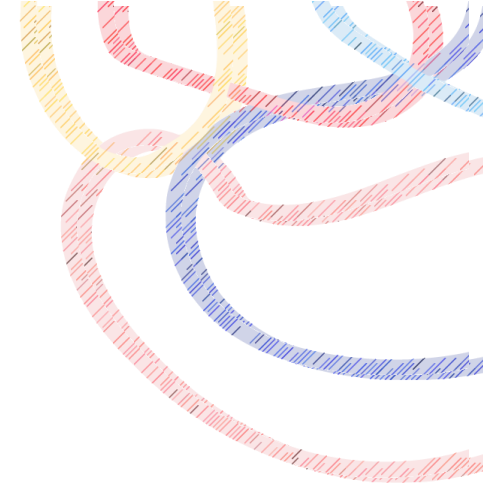
- mindre oppmerksomhet, evne til valg og lavere fysisk aktivitet
- økt risikoatferd (rus, røyking), økt belastning risikofaktorer (vekt, lipider, blodsukker)
- lavere oppfølging av screeningsprogram for eksempel mammografi

- Medikamentell behandling for den psykiske lidelsen

- metabolske problem
- mulig økt andel med brystkreft ved bruk av prolaktinøkende antipsykotika

- Somatisk behandling

- lavere andel får preventiv kardiologi
 - skepsis til å tilby invasive prosedyrer til pasienter med antatt risiko for atferdsforstyrrelser



Mekanismer

┆ Helsevesenet

┆ Spesialisering – kompartmentalisering

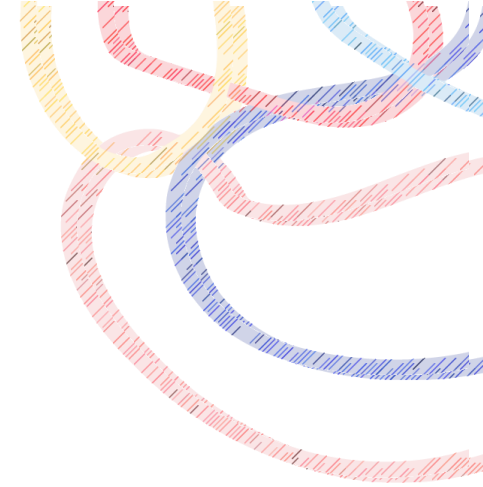
- ┆ psykiatri har definert bort preventiv kardiologi, røykeslutt, ernæring, fysisk aktivitet. Hjertefrisk ikke implementert. Med mer.
- ┆ psykiatriske sykehus overbelastet, kompetanse og lett tilgjengelige somatiske tjenester utnyttet ikke.
- ┆ lav psykiatrikompetanse i deler av somatikken. Fordommer?

┆ Allmennt medisinsk kompetanse, tilrettelegging og engasjement varierer

- ┆ årskontroll, hjemmebesøk, oppfølging av pasienter i bofellesskap

┆ Kommunikasjon: psykiatri/ fastlege/ psykisk helse/

┆ Overordnede føringer har manglet – før Opptrappingsplan & Handlingsplan



Mekanismer

Samfunnsmessige & sosiale faktorer

- | Diskriminering

- | Lav arbeidslivsdeltakelse (10% av personer behandlet i psykiatri for alvorlige psykiske lidelser)

 - | -> Lavere fysisk aktivitet

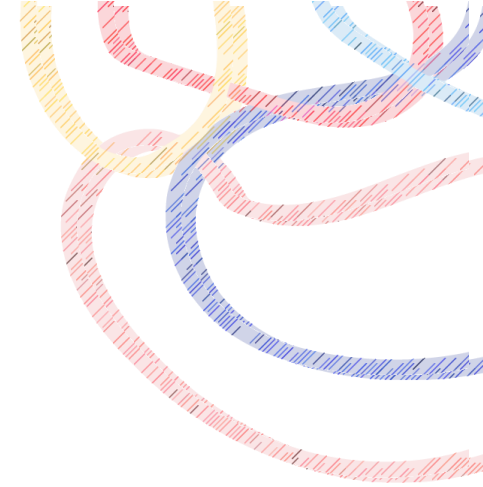
 - | -> Sosial isolasjon

 - | -> Lavere inntekt

- | Lavere andel med partner/ barn

- | Fattigdom

- | Vanskelige boforhold



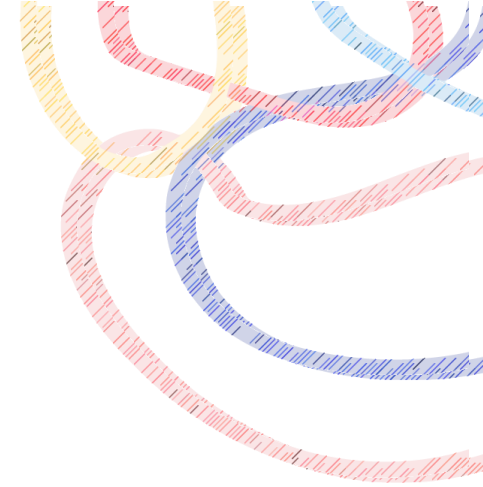
Agenda

Redusert levealder

- Omfang
- Sykdommene som betyr mest
- Underliggende årsaker og mekanismer

Hva skal vi gjøre med det

- Føringer: Opptrappingsplan -> Handlingsplan
- Kompetanseutvikling Somatikk <-> Psykiatri for helhetlig behandling
- Hjernehjerteprosjektet - implementering
- Metabolsk poliklinikk Sandviken
- Forskning



Rapporten

Kjeeper i hjulene – faktorer ved samfunnet, helsevesenet og sykdommene som motvirker endring

Bedre forebygging av somatiske helseproblem

Bedre diagnostikk og behandling

Anbefalinger om prosedyrer og utstyr

Bedre rutiner for samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

Implementeringsforslag

Gode praktiske eksempler

[Bedre helse og lengre liv](#)



DEN NORSKE LEGEFORENING

Bedre helse og lengre liv

for personer med alvorlig
psykisk lidelse eller rusmiddel-
og avhengighetslidelse



Legeforeningens arbeidsgruppe
for somatisk helse hos personer
med alvorlig psykisk lidelse eller
rusmiddel- og avhengighetslidelse

Januar
2023

Opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033)

Resultatmål i planperioden

- | Barn og unges selvrapporterte psykiske helseplager er redusert med 25 prosent.
- | Andelen av unge som blir uføre med bakgrunn i psykiske plager og lidelser er redusert.
- | Innbyggere i alle kommuner har tilgang til kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus.
- | Barn og unge som henvises til psykisk helsevern (PHBU) får tilbud om en vurderingssamtale for avklaring av videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- | Gjennomsnittlig ventetid til psykisk helsevern skal reduseres og på sikt være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne (PHV), 35 dager for psykisk helsevern barn og unge (PHBU) og 30 dager for tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB).
- | Hindre nedbygging av sengeplasser og sikre at døgnkapasitet i psykisk helsevern er på et nivå som møter behovet for å ivareta barn, unge og voksne med alvorlig psykisk lidelse som har behov for døgnbehandling.
- | **Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblem har økt levealder, og forskjellen i levealder mellom denne pasientgruppen og den øvrige befolkningen er redusert.**
- | Helsepersonell har mer tid til pasienter, brukere og fagutvikling.

Opptrappingsplanen 2023-2033

Resultatmål

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblem har økt levealder, og forskjellen i levealder mellom denne pasientgruppen og den øvrige befolkningen er redusert.



Meld. St. 23

(2022–2023)

Melding til Stortinget

Opptrappingsplan for psykisk helse
(2023–2033)





Helse- og omsorgsdepartementet

Handlingsplan

Bedre helsehjelp – flere gode år (2025–2033)

Handlingsplan for å heve levealderen hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer



Innhold

Innledning	4
Manglende kartlegging og oppfølging av somatisk helse – behov for målrettede tiltak	8
Ikke-smittsomme sykdommer	9
Bruker- og pårørendemedvirkning	10
Personell, kompetanse og kunnskap	11
Helsekompetanse	11
Stigmatisering og forskjellsbehandling	11
Kompetanse i helse- og omsorgstjenestene	12
Forskning og kunnskapsutvikling	13
Bærekraftig bruk av arbeidskraft	13
Forebygging av somatiske sykdommer	14
Innsatsområder	14
Fysisk aktivitet	15
Røyking	16
Alkohol	17
Ernæring	18
Søvn	19
Tannhelse	19
Tiltak	19
Implementering av faglige anbefalinger	19
Sikre god samhandling	21
Kommunale frisklivs-, lærings- og mestringstilbud	21
Treningstilbud	23
Treningstilbud i privat regi	23
Tilbud drevet av frivilligheten	24
Strukturert trening i behandling – trening som medisin	24
Utredning og behandling av somatiske sykdommer	26
Innsatsområder	26
Hjerte- og karsykdommer	26
Diabetes type 2	27
Kreft	27
Luftveissykdommer	28
Bruk av legemidler	29
Tiltak	29
Barrierer for å oppsøke helsehjelp	29
Tilgjengelige og brukernære tjenestetilbud	31
Følgetilstander ved alkoholbruk	32
Infeksjoner ved injisering av rusmidler	33
Modeller for oppfølging av risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer	34
Behandling med legemidler	34
Gjennomføring, evaluering og indikatorer	38
Økonomiske og administrative konsekvenser, herunder konsekvenser for personell	39
Oversikt over sentrale dokumenter	41

Handlingsplanen

Implementere anbefalingane knytt til førebygging og oppfølging i nasjonale pasientforløp om somatisk helse og levevanar. [Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer – Helsedirektoratet](#)

Utarbeide fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av angst og depresjon som inkluderer fysisk aktivitet som ein del av behandlinga.

Bidra til etablering av treningstilbod for målgruppa i kommunane & Inkludere trening som ein del av behandlingstilbodet i alle helseføretak.

Tilby hjelp med røykeslutt til målgruppa og vurdere eigna finansiering av legemiddel ved røykeslutt.

Vurdere korleis ABC for god psykisk helse kan kome målgruppa til gode.

Vidareutvikle FACT-teamene slik at alle team på sikt inkluderer somatiske tenester og følgetenester.

Involvere pårørande der det er relevant, gjennom pårørandeavtalar og ved å innhente informasjon i forkant av, under og etter eit behandlingssopphald

Pilotere ulike modellar for oppfølging av risikofaktorar for hjarte- og karsjukdomar.

Handlingsplanen

- | Implementere anbefalingane knytt til førebygging og oppfølging i nasjonale pasientforløp om somatisk helse og levevanar.
- | Utarbeide fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av angst og depresjon som inkluderer fysisk aktivitet som ein del av behandlinga.
- | **Bidra til etablering av treningstilbod for målgruppa i kommunane & Inkludere trening som ein del av behandlingstilbodet i alle helseføretak.**
- | Tilby hjelp med røykeslutt til målgruppa og vurdere eigna finansiering av legemiddel ved røykeslutt.
- | Vurdere korleis ABC for god psykisk helse kan kome målgruppa til gode.
- | Vidareutvikle FACT-teamene slik at alle team på sikt inkluderer somatiske tenester og følgetenester.
- | Involvere pårørande der det er relevant, gjennom pårørandeavtalar og ved å innhente informasjon i forkant av, under og etter eit behandlingssopphald
- | Pilotere ulike modellar for oppfølging av risikofaktorar for hjarte- og karsjukdomar.

Handlingsplanen

- | Implementere anbefalingane knytt til førebygging og oppfølging i nasjonale pasientforløp om somatisk helse og levevanar.
- | Utarbeide fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av angst og depresjon som inkluderer fysisk aktivitet som ein del av behandlinga.
- | Bidra til etablering av treningstilbod for målgruppa i kommunane & Inkludere trening som ein del av behandlingstilbodet i alle helseføretak.
- | **Tilby hjelp med røykeslutt til målgruppa og vurdere eigna finansiering av legemiddel ved røykeslutt.**
- | Vurdere korleis ABC for god psykisk helse kan kome målgruppa til gode.
- | Vidareutvikle FACT-teamene slik at alle team på sikt inkluderer somatiske tenester og følgetenester.
- | Involvere pårørande der det er relevant, gjennom pårørandeavtalar og ved å innhente informasjon i forkant av, under og etter eit behandlingssopphald
- | Pilotere ulike modellar for oppfølging av risikofaktorar for hjarte- og karsjukdomar.

Handlingsplanen

- | Implementere anbefalingane knytt til førebygging og oppfølging i nasjonale pasientforløp om somatisk helse og levevanar.
- | Utarbeide fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av angst og depresjon som inkluderer fysisk aktivitet som ein del av behandlinga.
- | Bidra til etablering av treningstilbod for målgruppa i kommunane & Inkludere trening som ein del av behandlingstilbodet i alle helseføretak.
- | Tilby hjelp med røykeslutt til målgruppa og vurdere eigna finansiering av legemiddel ved røykeslutt.
- | Vurdere korleis ABC for god psykisk helse kan kome målgruppa til gode.
- | **Vidareutvikle FACT-teamene slik at alle team på sikt inkluderer somatiske tenester og følgetenester.**
- | Involvere pårørende der det er relevant, gjennom pårørendeavtalar og ved å innhente informasjon i forkant av, under og etter eit behandlingssopphald
- | Pilotere ulike modellar for oppfølging av risikofaktorar for hjarte- og karsjukdomar.

Handlingsplanen

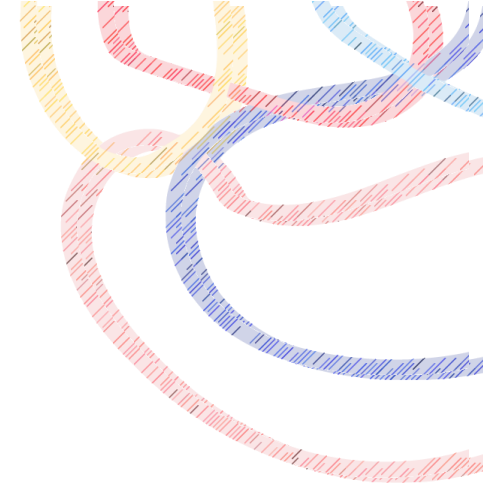
- | Implementere anbefalingane knytt til førebygging og oppfølging i nasjonale pasientforløp om somatisk helse og levevanar.
- | Utarbeide fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av angst og depresjon som inkluderer fysisk aktivitet som ein del av behandlinga.
- | Bidra til etablering av treningstilbod for målgruppa i kommunane & Inkludere trening som ein del av behandlingstilbodet i alle helseføretak.
- | Tilby hjelp med røykeslutt til målgruppa og vurdere eigna finansiering av legemiddel ved røykeslutt.
- | Vurdere korleis ABC for god psykisk helse kan kome målgruppa til gode.
- | Vidareutvikle FACT-teamene slik at alle team på sikt inkluderer somatiske tenester og følgetenester.
- | **Involvere pårørende der det er relevant, gjennom pårørendeavtalar og ved å innhente informasjon i forkant av, under og etter eit behandlingssopphald**
- | Pilotere ulike modellar for oppfølging av risikofaktorar for hjarte- og karsjukdomar.

Handlingsplanen

- Implementere anbefalingane knytt til førebygging og oppfølging i nasjonale pasientforløp om somatisk helse og levevanar.
- Utarbeide fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av angst og depresjon som inkluderer fysisk aktivitet som ein del av behandlinga.
- Bidra til etablering av treningstilbod for målgruppa i kommunane & Inkludere trening som ein del av behandlingstilbodet i alle helseføretak.
- Tilby hjelp med røykeslutt til målgruppa og vurdere eigna finansiering av legemiddel ved røykeslutt.
- Vurdere korleis ABC for god psykisk helse kan kome målgruppa til gode.
- Vidareutvikle FACT-teamene slik at alle team på sikt inkluderer somatiske tenester og følgetenester.
- Involvere pårørande der det er relevant, gjennom pårørandeavtalar og ved å innhente informasjon i forkant av, under og etter eit behandlingssopphald
- Pilotere ulike modellar for oppfølging av risikofaktorar for hjarte- og karsjukdomar.**

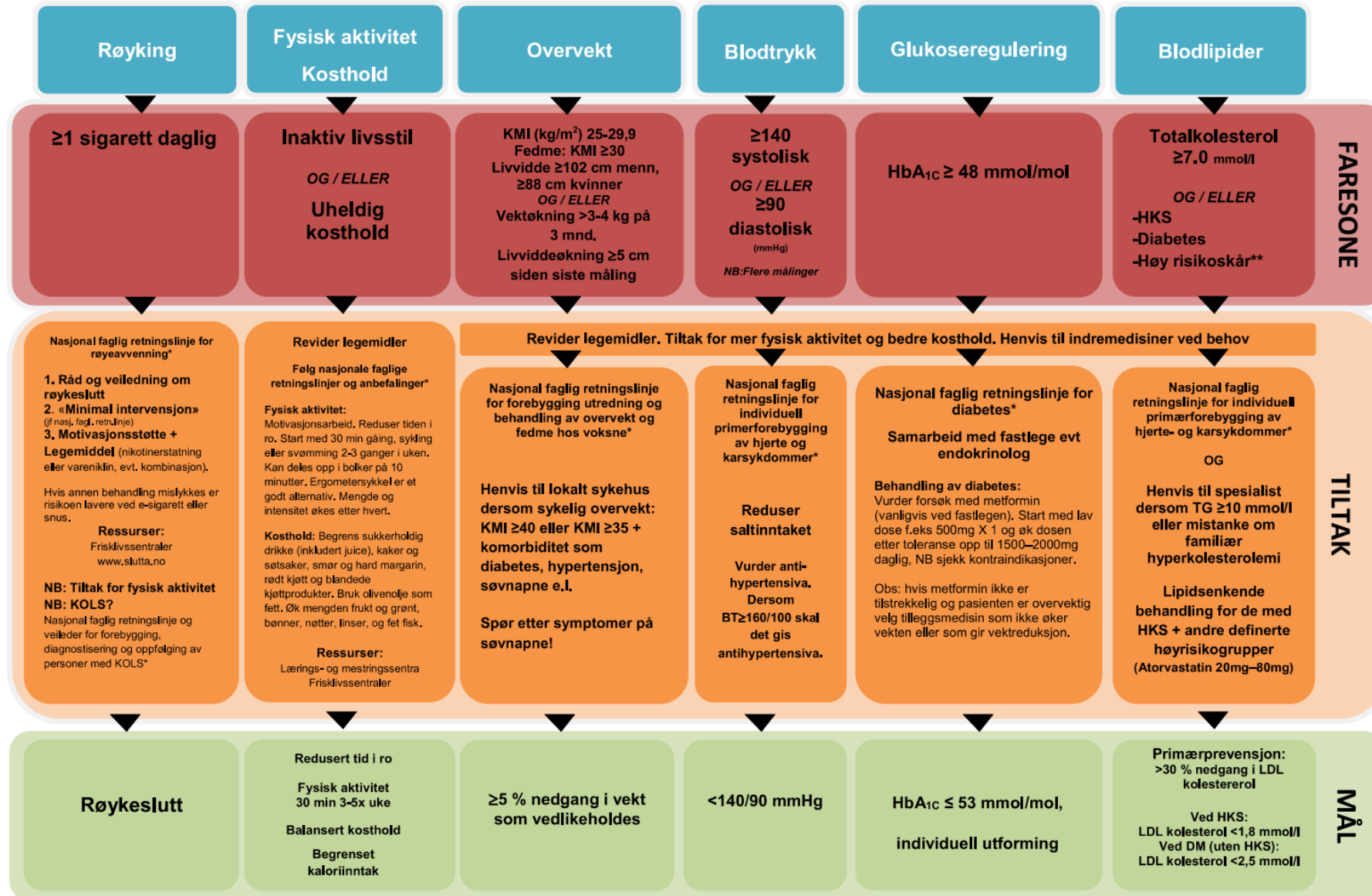
Kompetanseutvikling – kompetanseoverføring trengs

- | Somatikk for psykiatere – [Haukelandskurset](#)
- | Psykiatri for somatikere?
- | Sykepleiere, vernepleiere, omsorgsarbeidere, fysioterapeuter, sosionomer med mer i psykisk helsearbeid på alle nivåer
- | Allmennlegetjenesten
- | Kommunal helse & sosialtjeneste, psykisk helse



HJERTEFRISK

Oppfølging og tiltak hos pasienter med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer i kardiometabolsk risikogruppe



<https://www.iphys.org.au/algorithm-and-adaptations>

KMI=Kroppsmasseindeks | PG=plasmaglukose | HKS=Hjerte-karsykdom | TG=Triglyserider | LDL=Low density lipoprotein | DM=Diabetes Mellitus

* Søk opp nasjonale faglige retningslinjer og anbefalinger på <https://helsedirektoratet.no>. **Som angitt i nasjonal faglig retningslinje for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer

Anamneseopptak og undersøkelser ved oppstart eller endring av behandling med antipsykotika

Utføres vanligvis av spesialist i psykiatri.

Rask tidlig vektøppgang predikerer senere alvorlig vektøkning. Om det skulle oppstå somatiske forhold som bør behandles bør adekvate tiltak iverksettes med oppfølging minst hver tredje måned.

Ved undersøkelsen

Anamnese: Spør etter betydelig vektøkning (f.eks 3-4kg), spesielt om dette har vært raskt (f.eks innen 3 mnd). Spør etter røyking, fysisk aktivitet og kosthold. Spør etter sykdommer i familien (diabetes, fedme og hjerte-karsykdom hos førstegradslektninger <55 år menn og <65 år kvinner) samt svangerskapsdiabetes. Merk etnisitet.

Spør etter bruk av reseptfrie eller alternative medisiner, og sjekk sikkerheten ved disse.

Somatisk status: Vekt, høyde, BT, puls.

Blodprøver: HbA1c, og lipidier (total kolesterol, LDL-kol, HDL-kol, TG).

Fastende prøver må nyttes dersom TG>5 mmol/l.

EKG: Bør tas før oppstart med antipsykotika. Viktig dersom pasienten har eller har hatt hjertesykdom, eller det er hjertesykdom i familien. NB: visse antipsykotika har større risiko for arytmi.

Kronisk nyrelidelse*: Undersøk rutinemessig alle med diabetes, hypertensjon, hjerte- og karsykdom, nyresykdom i familien, strukturell nyrelidelse (f.eks nyrestein):

1. Nyrefunksjon: a) kreatinin & elektrolytter b) estimert GFR
2. Test urinen: a) for proteinuri (dip-stick), b) albumin- kreatininratio (laboratorieanalyse)

* Kronisk nyrelidelse øker risiko for hjerte- og karsykdom

Spesifikke intervensjoner

Livsstilsendringer tas opp med pasienten på en samarbeidende og støttende måte. Fokus på egen mestring og dyktiggjøring. Kartlegg og bruk tilgjengelige ressurser. Hensyn til individuelle variasjoner og at pasientens egne preferanser er førende.

Samarbeid med fastlegen vil være naturlig ved de fleste intervensjoner.

Spesifikke kostholdsråd «Predimed» middelhavsdiett: En liten håndfull (30 g) nøtter eller 4 ss olivenolje extra virgin daglig (brukes istedenfor annet fett i matlaging og som dressing); 2 frukt og 3 grønnsaker daglig; Bønner eller linser 3X ukentlig; Fet fisk 3X ukentlig (<http://www.predimed.es>). Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kosthold-og-ernaering/kostradene>.

Dersom pasienten ikke har nådd målet etter 3 mnd, vurder farmakologiske tiltak rettet mot den somatiske risikoen.

VURDER ALLTID HVER PASIENT INDIVIDUELT.

Revisjon av medikasjon med antipsykotika og stemningsstabiliserende:

Legemiddelvurdering er viktig dersom:

- Rask vektøkning (f.eks. 3-4 kg <3 mnd) etter start av antipsykotika.
- Rask forverring (<3 mnd) av lipidverdier, BT eller blodsukkerverdier.

Psykiateren bør vurdere om uheldige endringer er forårsaket av antipsykotika.

Om dette er tilfellet bør det vurderes om et alternativt legemiddelregime kan forventes å gi mindre bivirkninger:

- Rasjonaliser eventuell polyfarmasi
- Endring av antipsykotisk medikasjon krever nøye vurdering av forventede fordeler ved reduksjon veid mot risiko for forverring av psykoselidelsen
- Legemiddelutprøving bør minst vare i 4-6 uker med optimale doser av antipsykotika
- Dersom klinisk vurdering og pasientens opplevelse tilsier at en likevel fortsetter med eksisterende behandling trengs jevnlig videre monitorering og vurdering av risikobildet

Monitorering ved bruk av antipsykotika: Når og hva

Fastlegen bør kobles inn så tidlig som mulig, men psykiateren bør ha ansvar for å overvåke pasientens somatiske helse og effekten av antipsykotika helt frem til pasientens tilstand har blitt stabilisert, minimum de første 12 månedene. Deretter kan ansvaret for denne oppfølgingen bli overført til fastlegen i videre samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

¹Røyking, kosthold og fysisk aktivitet.

²Fastende eller ikke-fastende prøver kan brukes, fastende skal brukes om TG>5.

	Start av behandling	Ukentlig første 6 uker	12 uker	Årlig
Bakgrunn og sykehistorie	■			■
Gjennomgang av livsstil ¹	■		■	■
Vekt	■	■	■	■
Livvidde	■			■
BT	■		■	■
HbA1c	■		■	■
Lipider ²	■		■	■

Øket kardiometabolsk risiko ved psykoselidelser:

**IKKE BARE OBSERVÉR
- INTERVENÉR!**

FARESONE?

TILTAK!

MÅL

Shiers D. et al. Positive Cardiometabolic Health Resource.

Royal College of Psychiatrists, London.

Med tillatelse fra:

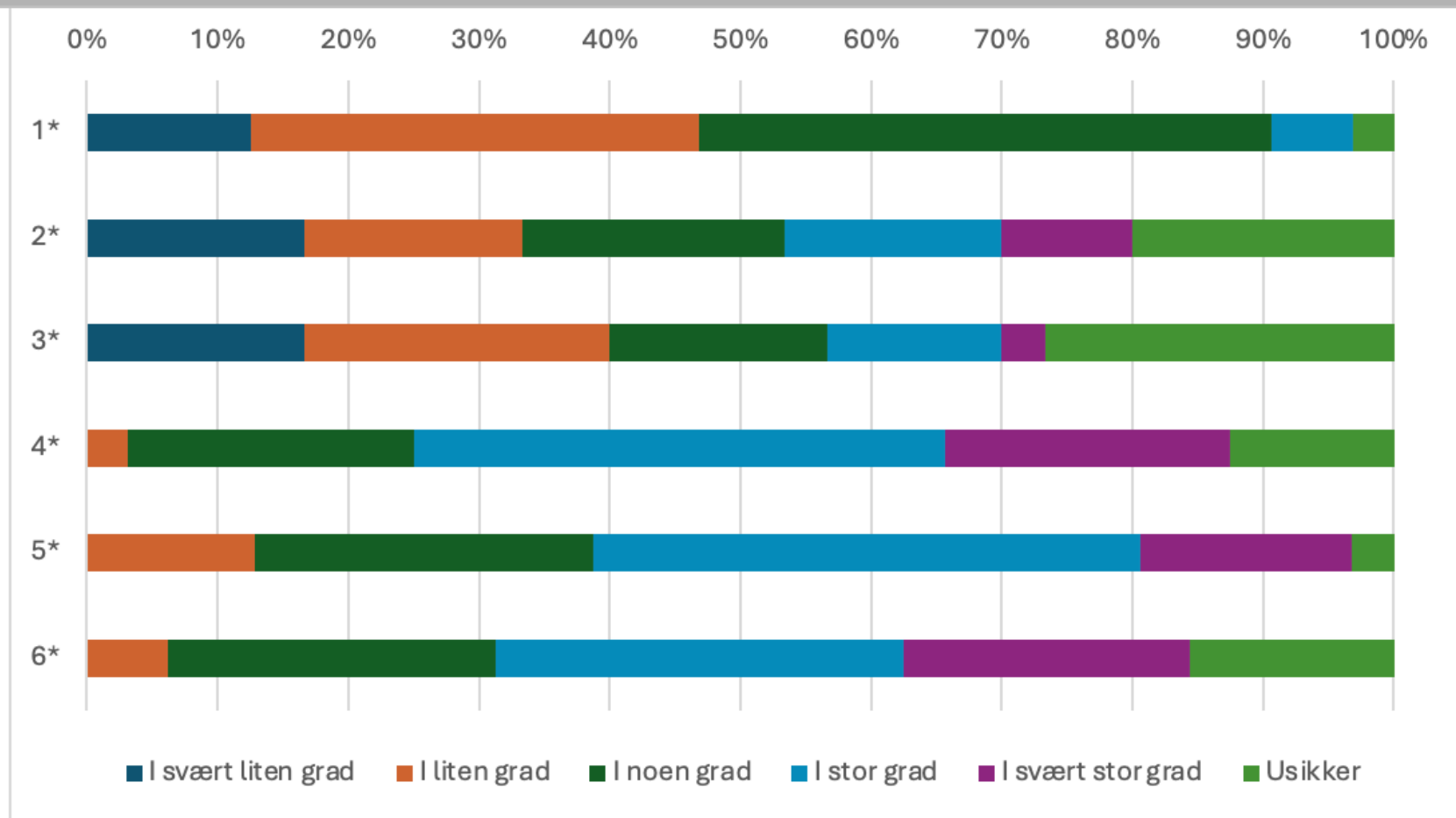
Curtis J, Newall H, Samaras K. ©HETI 2011

Norsk adaptasjon 2015 ved PA Ringen og S Tonstad, Klinikk for psykisk helse og avhengighet og Seksjon for preventiv kardiologi, Oslo universitetssykehus.

Med støtte fra Norsk psykiatrisk forening.

Kontakt: p.a.ringen@medisin.uio.no

I hvilken grad er du enig i utsagnene nedenfor? (prosent)



1*) Jeg har oversikt over risikofaktorene på egenhånd, og har ikke bruk for et slikt verktøy

2*) Algoritmen er lite tilgjengelig

3*) Algoritmen er for omfattende

4*) Jeg hadde benyttet algoritmen om den var integrert i DIPS eller MEONA

5*) Psykiatere/leger er opptatte av kardiovaskulære risikofaktorer hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser

6*) Fordelene ved å bruke algoritmen er flere enn ulempene

Brita Olin Birkeland.
Hjertefrisk som
kartleggingsverktøy,
en implementerings-
studie om bruk og
begrensninger.
Hovedoppgave
medisin. Det
medisinske fakultet.
UiB. 2026.

Åpnet 1. mars 2024

**Mohn
forskningscenter
for
psykoselidelser
HUS, UiB og OUS**

...Alle snakker om den dramatiske overdødeligheten ved psykoselidelser, men få gjør noe med den. Dette vil vi endre!

Senterleder Erik Johnsen



Onde ånder dukket opp da Anne var 15. Nå skal hun bidra til forskning på egen lidelse.

Nytt forskningscenter i Bergen vil hindre at mennesker med alvorlige psykiske lidelser lever 15-20 år kortere enn folk flest.



- Å jobbe holder meg frisk, sier Anne Alnes Blindheim, som er i styringsgruppen til det nye forskningscenteret.

Overordnet mål for senteret

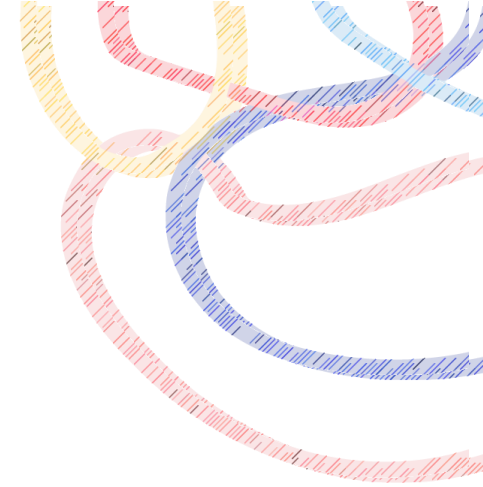
Gjennomføre pasientnær forskning for å bedre psykisk og somatisk helse og redusere tidlig død



Hjerne-hjerte prosjektet

Divisjon psykisk helse, Helse Bergen

- | Knyttet opp mot det nye Mohn forskningssenter for psykoselidelser
- | Hovedmål: å implementere kjent kunnskap i pasientbehandlingen
 - | Røykeslutt
 - | Fysisk aktivitet
 - | Ernæring
- | Skal operasjonalisere Hjertefriskalgoritmen
- | Utrede grunnlag for egen behandlingsenhet for metabolsk helse hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser eller alvorlige rusmiddellidelser – «Metabolic clinic»: Toronto, København/ Metabolsk poliklinikk?
- | Tar viktige steg for å implementere rapportens viktigste erkjennelse: at psykisk helsevern selv må ta et større ansvar for pasientenes somatiske helse



Hjerne-hjerteprojektet

Hjerne-hjerteprojektet vil ha arbeidspakker som alle er blant de mest sentrale for bedret psykisk og somatisk helse og reduksjon av overdødelighet for pasienter med alvorlig psykisk lidelse

Arbeidspakke 1: Optimalisering av medikamentell behandling: **Rune Kroken**

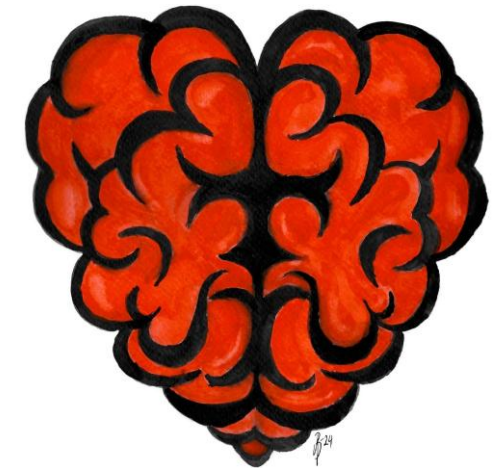
Arbeidspakke 2: Treningsterapi: **Kristin Berge Strand**

Arbeidspakke 3: Røykeslutt: **Marianne Øfstegaard**

Arbeidspakke 4: Ernæring: **Randi Losnedahl**

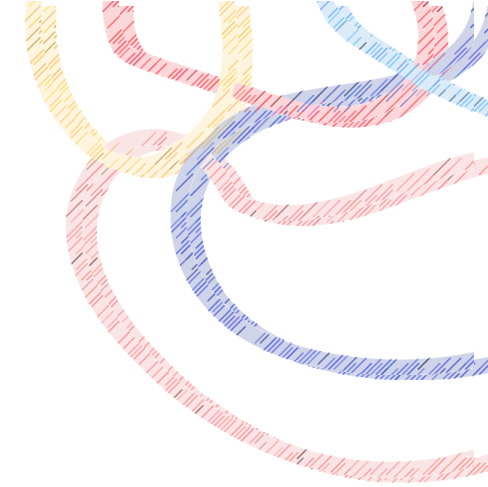
Arbeidspakke 5: Psykoedukasjon: **Ketil J. Ødegaard**

Arbeidspakke 6: Implementering/forankring av forskning: **Erik Johnsen**



Arbeidspakke 1: optimalisering av medikamentell behandling

- | Ekspertgruppe kompleks psykofarmakologi
 - | representasjon fra alle klinikker og DPS
 - | Fagteam: månedlig 60 minutters digitalt møte
 - | Behandler to innmeldte saker per møte
 - | Fagdag – halvårlig møte for leger og andre interesserte
 - | [Fagdag kompleks psykofarmakologi - Helse Bergen HF](#)





Dr. Margaret Hahn

Mental Health and Metabolism Clinic

camh

Centre for Addiction and Mental Health



Dr. Mahavir Agarwal

Measurement-Based Care



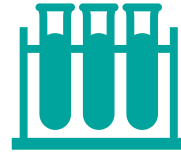
Medical History



Anthropometric Measures



Psychopathology, Cognition & QoL



Metabolic Panel

Intervention Overview



Lifestyle Intervention

+



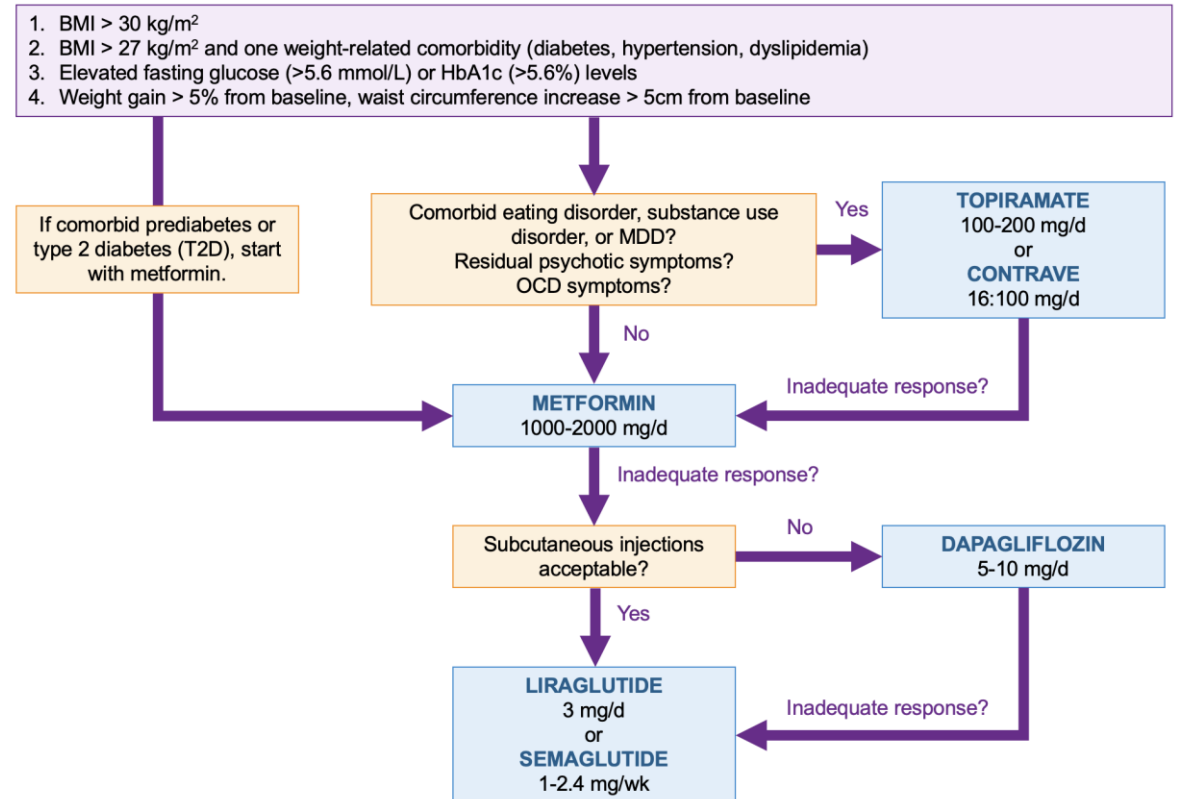
Add-On Pharmacological Intervention

+

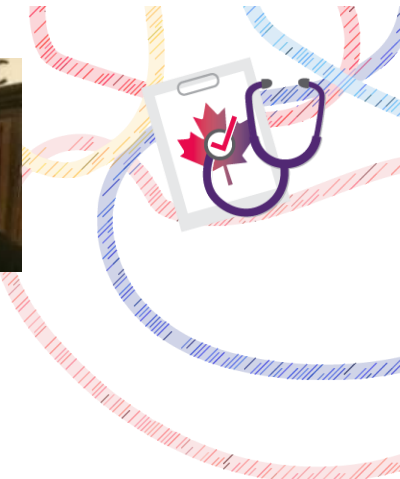
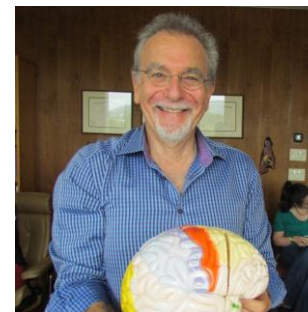


Research Opportunities
(Clinical Trials: Metformin, Topiramate, Semaglutide)

Integrated Care Pathway



Centre for Addiction and Mental Health: Mental Health & Metabolic Clinic



	Measurement based care (MBC) data collected	BL	3 Mo	6 Mos	1 Yr
Metabolic, Appetite, Smoking & Activity Assessments	Personal/Family History/Lifestyle review (diet, activity, smoking)	X			X
	Weight and waist circumference	X	X	X	X
	Vitals, Blood Pressure	X	X	X	X
	Fasting Blood Glucose, HbA1c	X	X	X	X
	Lipid Profile (fasting if possible), liver, kidney function, Thyroid (TSH)	X	X	X*	X
	Visual Analog Scale for Appetite	X	X	X	X
	International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) CAMH Tabaco use form	X	X	X	X
Psychopathology, Quality of Life & Cognition	Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Clinical Global Impressions(CGI)	X	X	X	X
	Global Assessment of Functioning (GAF)	X			X
	Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS)	X	X	X	X
	Assessment of Quality of life (QoL), WHO Disability Schedule-2	X		X	X
	Brief Cognitive Assessment Tool – Schizophrenia (B-CATS): Digit Symbol Substitution Test (DSST), Trail Making Test (TMT), Category Fluency Test	X	X	X	X

‘Pilotere ulike modeller for oppfølging av risikofaktorer for hjarte- og karsjukdomar’

Metabolsk poliklinikk Sandviken (MPS)

Psykiaterledet poliklinisk tilbud som utreder og (i noen grad) starter opp og følger opp behandlingstiltak for metabolsk syndrom

- Vektøkning: overvekt/ fedme
- Hypertensjon
- Dyslipidemi
- Prediabetes/ insulinresistens

Bygger på erfaringer fra CAMH (Toronto) og Glostrup sykehus (København)

Kartlegging: Seksjon for preventiv kardiologi, OUS

Samtykkebasert registrering av data ved baseline og gjennom forløpet



Hjerne-hjerteprojektet

Hjerne-hjerteprojektet vil ha arbeidspakker som alle er blant de mest sentrale for bedret psykisk og somatisk helse og reduksjon av overdødelighet for pasienter med alvorlig psykisk lidelse

Arbeidspakke 1: Optimalisering av medikamentell behandling: **Rune Kroken**

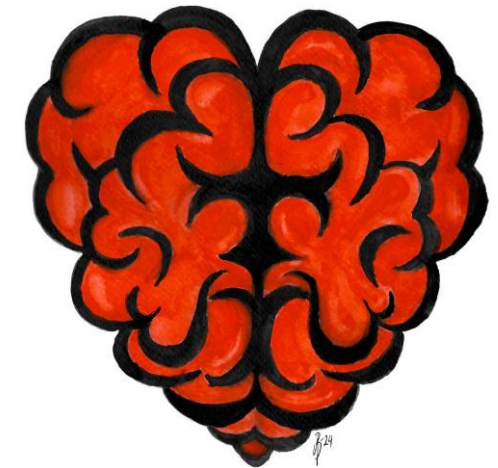
Arbeidspakke 2: Treningsterapi: **Kristin Berge Strand**

Arbeidspakke 3: Røykeslutt: **Marianne Øfstegaard**

Arbeidspakke 4: Ernæring: **Randi Losnedahl**

Arbeidspakke 5: Psykoedukasjon: **Ketil J. Ødegaard**

Arbeidspakke 6: Implementering/forankring av forskning: **Erik Johnsen**



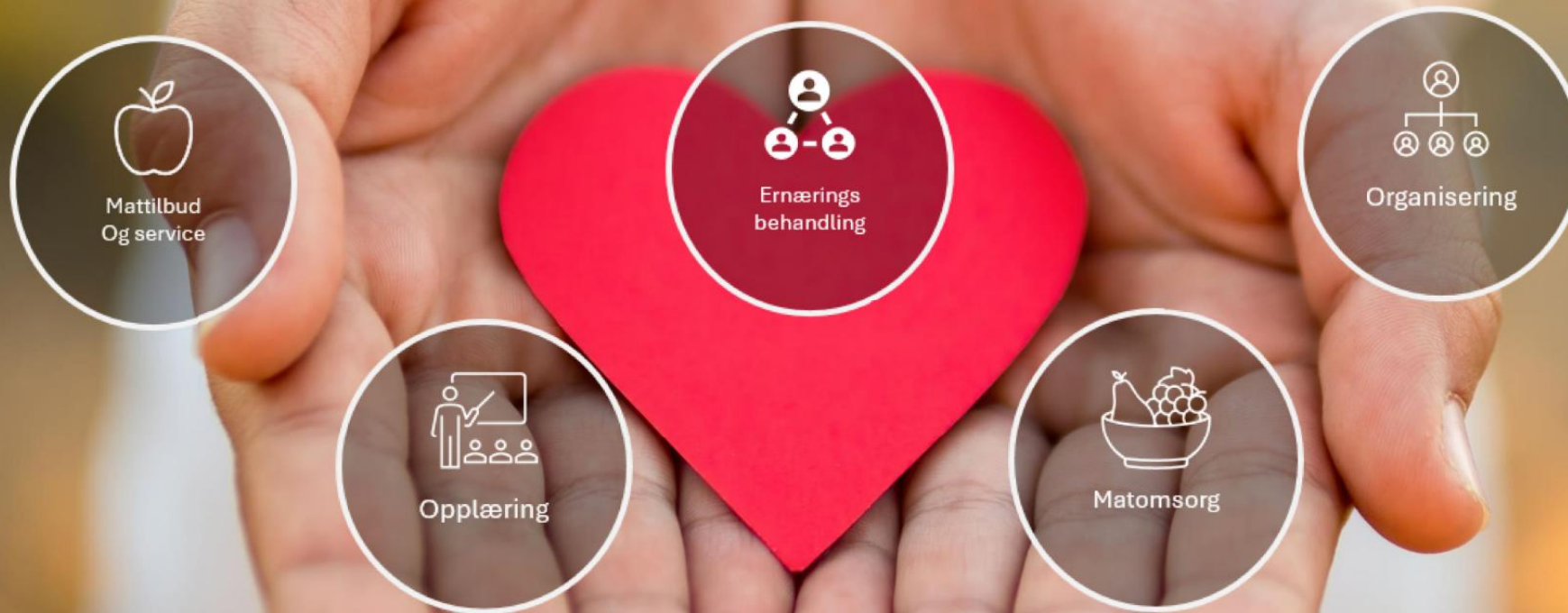
Minimal intervensjon for røykeslutt

Røyking – Helsedirektoratet

Spirometri - Helse Førde HF



Bedre metabolsk hjerteohelse



Følsomhet Intern (gul)

Ernæringsprosjektet ledes av Randi Losnedal. Presentasjon: Christer Samuelsen, Bjørgvin DPS



Mattilbud Og service

Ikke tilpasset
behovene

Yngre pasienter
- Lange opphold

Nøkkelrådkost
Ikke standard

Matverter





Opplæring

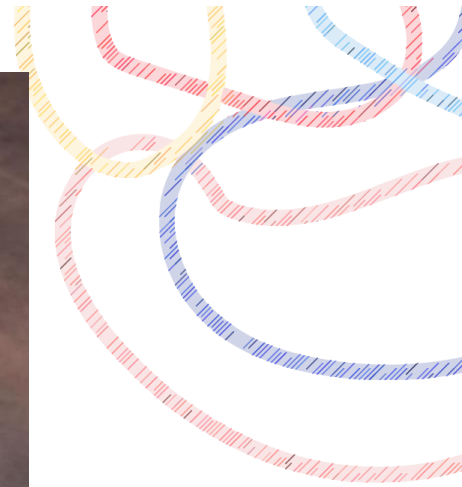
Forankring ledelse
Og personell

Undervisning til
pasienter

Sentral
kompetanseplan i
Kompetanse-
portalen

Vurdere
eksisterende
opplærings-
materiell

Undervisning til
personell

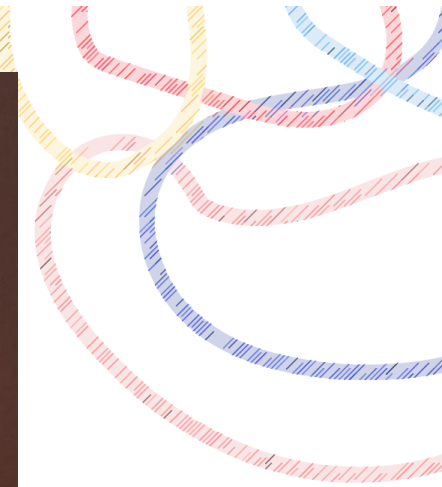




Ernærings
behandling

Pasient utredes
for å avdekke
behov for
ernærings
behandling

Tiltak
Og oppfølging





Matomsorg

Identifisere
ernæringsmessige
og individuelle
behov

Miljøterapi
Som legger til
Rette for
individuell
Tilpasset kost

Fleksible tilbud av
mat

Matvert

Hjerne-hjerteprojektet

Hjerne-hjerteprojektet vil ha arbeidspakker som alle er blant de mest sentrale for bedret psykisk og somatisk helse og reduksjon av overdødelighet for pasienter med alvorlig psykisk lidelse

Arbeidspakke 1: Optimalisering av medikamentell behandling: **Rune Kroken**

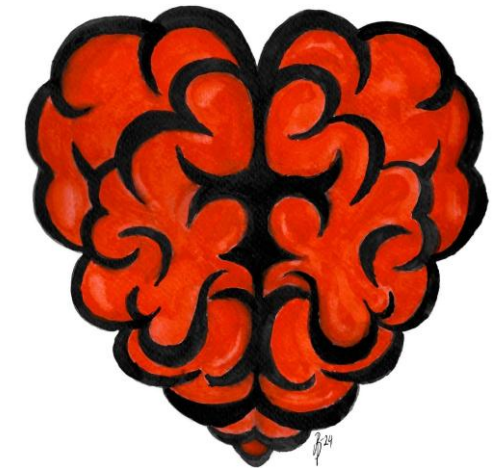
Arbeidspakke 2: Treningsterapi: **Kristin Berge Strand**

Arbeidspakke 3: Røykeslutt: **Marianne Øfstegaard**

Arbeidspakke 4: Ernæring: **Randi Losnedahl**

Arbeidspakke 5: Psykoedukasjon: **Ketil J. Ødegaard**

Arbeidspakke 6: Implementering/forankring av forskning: **Erik Johnsen**





Bedre helsehjelp – flere gode år (2025–2033)

Innhold

Innledning	4
Manglende kartlegging og oppfølging av somatisk helse – behov for målrettede tiltak	8
Ikke-smittsomme sykdommer	9
Bruker- og pårørendemedvirkning	10
Personell, kompetanse og kunnskap	11
Helsekompetanse	11
Stigmatisering og forskjellsbehandling	11
Kompetanse i helse- og omsorgstjenestene	12
Forskning og kunnskapsutvikling	13
Bærekraftig bruk av arbeidskraft	13
Forebygging av somatiske sykdommer	14
Innsatsområder	14
Fysisk aktivitet	15
.....	16
.....	17
.....	18
.....	19
.....	19
.....	19
.....	21
.....	21
.....	23
.....	23
.....	24
.....	24
.....	26
.....	26
.....	26
.....	27
.....	27
.....	28
.....	29
.....	29
.....	29
.....	31
.....	32
.....	33
.....	34
.....	34
.....	38
.....	39
.....	41

Hovedutfordring: Hvem gjør hva?

Psykatri – allmennmedisin – kommune

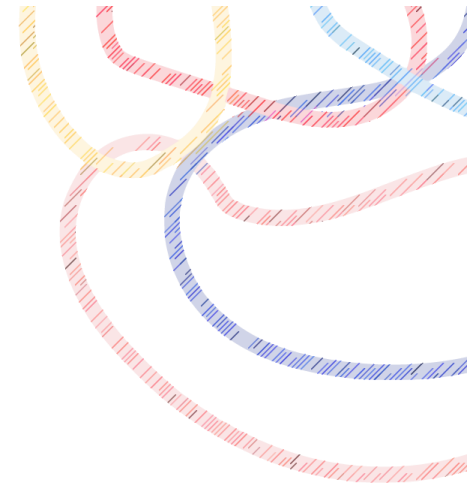
Psykisk helsevern: Vi må ta et mye større ansvar!

Dette er en gylden mulighet for våre pasienter til å få helhetlig hjelp – for vårt fag og våre fagfolk til å integrere spennende oppgaver i faget, og for samfunnet til å gjøre noe med ‘den styggeste helseulikheten’



Mohn Research Center
for Psychotic disorders
MRCP

Forskning - STABIL-NOR & Treningsprosjektet





Mohn Research Center
for Psychotic disorders
MRCP

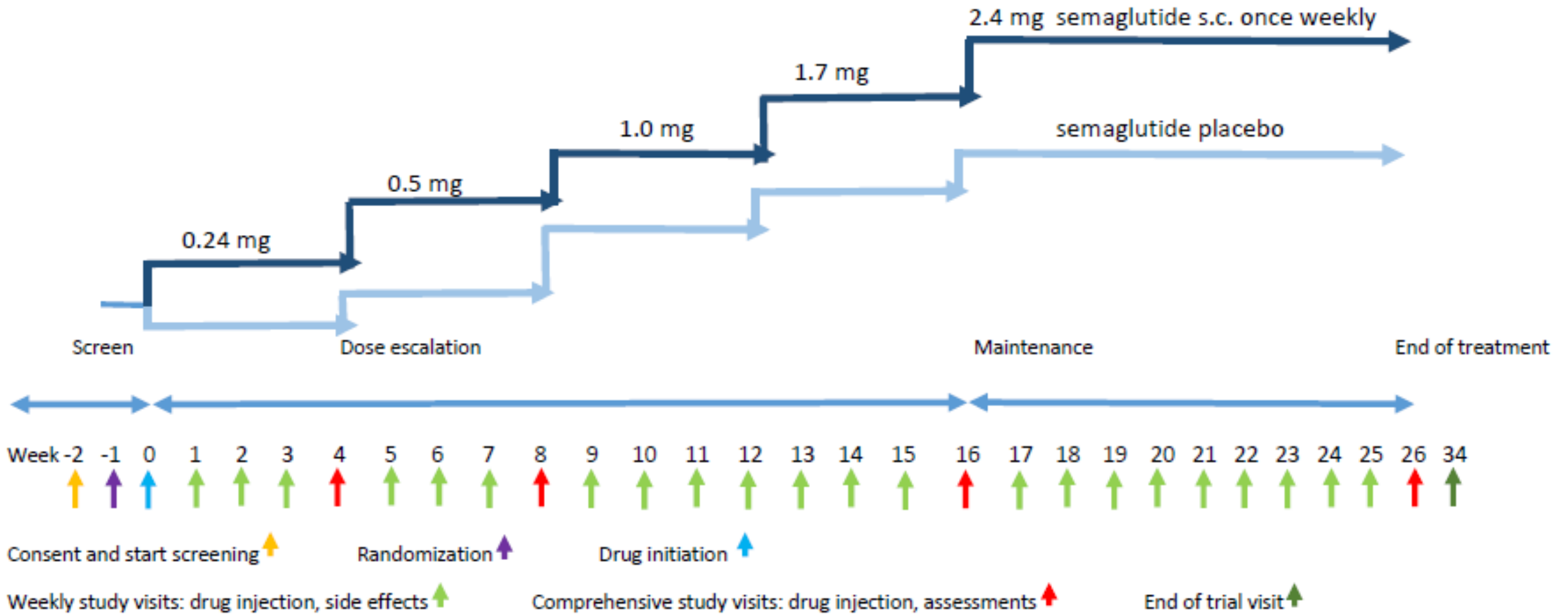
STABIL-nor

Utprøving av Wegovy for pasienter med schizofreni og overvekt eller fedme

Prosjektleder: Rune Andreas Kroken
Studiesykepleier: Anne Synnøve Thomassen
Koordinator: Lin Lilleskare



STABIL-NOR: utprøving av Wegovy



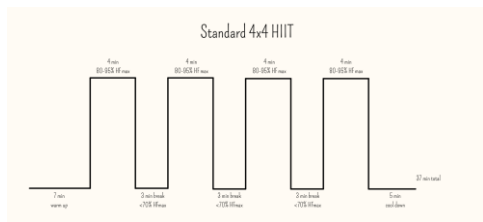
Treningsterapi ved psykiske lidelser

| Delprosjekt av CVD-MENT

| CVD-MENT er et nasjonalt forskingsprosjekt finansiert av Norges forskingsråd

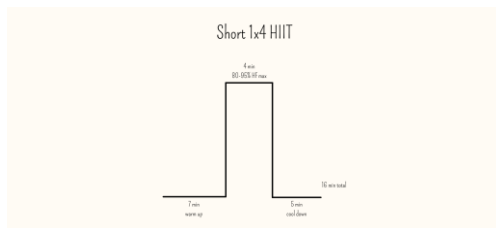
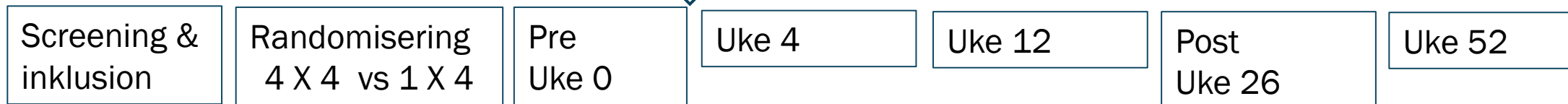
| Fokus på forebygging av somatisk sykdom hos personer med alvorlige psykiske lidelser (schizofreni-spektrum og bipolar lidelse)





Tilvenning
VO2 maks test

Tilvenning
4 x 4 , 1 x 4



4 X 4 vs 1 X 4

2 ganger i uken

Metode

- | Polikliniske- og døgnpasienter med SSD/ BP
- | Er 16 år eller eldre, 60 deltakere
- | Randomiseres til enten standard 4 x 4 eller forenklet 1 x 4 HIT
- | Veiledet trening x 2/uke i 26 uker
- | Måling ved 5 tidspunkter: Baseline, 4, 12, 26 og 52 uker



Psykiatri: vi må ivareta pasientenes somatiske helse

- | Kardiometabolske parametre – bruke Hjertefrisk
 - | Også i DPS – og for pasienter i privat praksis
- | Tett kommunikasjon med fastlegene – bruk dialogmelding i DIPS
 - | Avtale fordeling av oppfølging for pasienter i poliklinikk/ FACT
- | Helhetsperspektiv på pasientens helse
- | Når pasienten er innlagt i døgninstitusjon med legetjeneste er fastlegeansvaret overført til institusjonen
- | Hjernehjerteprosjektet
- | Kompetanseheving: psykiatri ↔ somatikk



Tre punkt til 'to-do listen'

- | Sørg for allmennmedisinsk oppfølging på linje med den generelle befolkning
- | Tilby tilpasset program for røykeslutt, treningsstøtte, matlaging
- | Vurder den antipsykotiske behandlingen nøye og ofte – tilstrekkelig effekt – minimale bivirkninger

