



UiT

NORGES  
ARKTISKE  
UNIVERSITET

Det helsevitenskapelige fakultet

Rapport MED-3950 masteroppgaven/ Kull 2012

# Hvordan er den somatiske oppfølgingen av pasienter med alvorlig psykisk lidelse hos en gruppe fastleger i Bodø?

**Amila Resulbegovic**

*Tromsø: Profesjonsstudiet i medisin, UiT Norges arktiske universitet, august 2017*

*Veileder dr. og professor Anne Høye*





## Forord

Masteroppgaven kaster lys over somatisk sykdom og predisposisjon for sykdom hos alvorlig psykisk syke og oppfølging av denne. Hensikten med rapporten var i korte trekk å undersøke litteratur om forekomst av risikofaktorer for kardiovaskulær sykdom hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse, og videre hvordan disse følges opp i allmennpraksis gjennom et spørreskjema. Tanken bak undersøkelsen beror på kardiovaskulær sykdom som årsak til økt dødelighet i pasientgruppen. Dette er et viktig emne som i liten grad har fått fokus under min studietid. For meg har det derfor vært en svært lærerik prosess, og jeg har tilegnet meg kunnskap om alvorlig psykisk syke som jeg hadde lite kunnskap om i utgangspunktet.

Under arbeidsprosessen fikk jeg stor hjelp av min veileder, Anne Høye. Vi hadde møter på Skype, siden hun bor i Tromsø og jeg i Bodø. Tilbakemeldinger og innspill ble utvekslet på mail. Jeg vil derfor først og fremst takke henne for uvurderlig hjelp gjennom prosessen i masteroppgaven med utforming av spørreskjema og oppgave. I tillegg fikk jeg i flere omganger gode tilbakemeldinger og innspill på masteroppgaven underveis, særlig mot slutten med hjelp til ferdigstilling og justeringer av stor betydning. Jeg vil takke henne for all tid hun har brukt i min favør. Videre vil jeg takke fastleger som har tatt seg tid til å besvare spørreskjema, for uten deres svar ville ikke oppgaven vært mulig å gjennomføre. Jeg vil utrette en stor takk til Jørgen Bikset for gode tilbakemeldinger og innspill på masteroppgaven. Videre ønsker jeg å takke min samboer, Aleksander Wilhelmsen, min mor Azra og far Namik, for korrekturlesing og støtte underveis i prosessen.

Jeg håper masteroppgaven kan bidra positivt for økt kunnskap og innblikk i litteraturen. I tillegg håper jeg oppgaven kan motivere til videre forskning innen fagfeltet, da behovet er stort.

Amila Resulbegovic

Bodø, 30.08.17

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Pasienter med alvorlig psykisk lidelse har økt dødelighet og antall tapte leveår skyldes i hovedsak somatiske årsaker, spesielt hjerte- og karsykdommer. Etiologien bak økt kardiovaskulær dødelighet i denne pasientgruppen er ikke klarlagt, men noen av årsakene kan være økt forekomst av kardiovaskulære risikofaktorer.

**Formål:** Hovedmålsettingen med studien er å undersøke den somatiske oppfølgingen av pasienter med alvorlige psykiske lidelser hos en gruppe fastleger i Bodø. Formålet undersøkes gjennom fire forskningsspørsmål.

**Metode:** Materialet som skal undersøkes i denne studien er kvantitative data og datamaterialet er innhentet gjennom et spørreskjema. Materialet ble brukt til å se på hvilke tiltak fastlegene iverksetter ved somatisk oppfølging av psykosepasienter og for å se på sammenhengen mellom somatisk oppfølging og fastlegers erfaring, kjennskap til retningslinjer og ansvars plassering for oppfølging.

**Resultater og konklusjon:** Det er vanskelig å si noe sikkert om hvordan den somatiske oppfølgingen er hos denne gruppen fastleger på bakgrunn av lite utvalg og studiens metodesvakheter. Tiltak som angis av fastlegene under somatisk oppfølging av psykosepasientene varierer mellom respondentene, men svarene kan peke i retning av at oppfølgingen ut fra retningslinjenes anbefalinger er mangelfull. I denne studien påvises det er ingen statistisk signifikant sammenheng mellom somatisk oppfølging og fastlegers erfaring eller kjennskap til retningslinjer i denne studien. Det sees heller ingen sammenheng mellom somatisk oppfølging og ansvarssted for oppfølging.

## Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon .....	1
1.1	Begrepsforklaring .....	1
1.2	Bakgrunn.....	1
1.3	Formål og avgrensning av oppgaven.....	2
1.4	Teori.....	3
1.4.1	Røyking .....	3
1.4.2	Fysisk inaktivitet .....	6
1.4.3	Oppfølging av somatisk helse.....	9
1.4.4	Gjeldende kunnskap oppsummert.....	12
2	Materiale og metode.....	14
2.1	Forberedelse.....	14
2.1.1	Litteraturgjennomgang .....	14
2.1.2	Forskningsdesign .....	16
2.2	Materiale .....	16
2.2.1	Spørreskjemaet .....	16
2.2.2	Studieutvalget/ respondentene .....	18
2.3	Metode .....	19
2.3.1	Strukturering av variabler .....	19
2.3.2	Datanalyse .....	20
3	Resultater .....	22
4	Diskusjon .....	29
4.1	Resultater .....	29
4.2	Diskusjon av materiale og metode (svakheter og styrker).....	32
4.3	Mulige implikasjoner for senere forskning.....	36
5	Konklusjon .....	38
6	Referanser .....	39
7	Vedlegg.....	44
7.1	Tabeller (resultater).....	44
7.2	Koding (dataanalyse) .....	45
7.3	Tabeller før sammenslåing av data .....	48
7.4	Spørreskjema .....	52
7.5	GRADE.....	68

# 1 Introduksjon

## 1.1 Begrepsforklaring

Med «alvorlige psykiske lidelser» eller «psykosepasienter» menes i denne oppgaven pasienter med diagnosene schizofreni, bipolar lidelse og alvorlig depresjon. Mange av disse pasientene har plager gjennom mange år, og perioder med psykosesymptomer og/eller alvorlig funksjonssvikt. Mange har behov for oppfølging av helsetjenesten gjennom lengre perioder av livet.

## 1.2 Bakgrunn

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser har økt dødelighet, både av naturlige og unaturlige årsaker (1). Gjennomsnittlig levealder er 15 - 20 år lavere for pasienter med schizofreni enn for gjennomsnittsbefolkningen, og antall tapte leveår skyldes i hovedsak somatiske årsaker, spesielt hjerte- og karsykdommer (1-5).

Det er et gjennomgående funn i flere studier at alvorlig psykisk syke lever kortere enn gjennomsnittsbefolkningen, og at hovedårsaken er somatisk betinget (4, 6, 7). I en relativt fersk australsk kohortstudie (2013) undersøkte de levealder og årsak til død hos pasienter med psykisk lidelse sammenlignet med gjennomsnittsbefolkningen, og fant at overdødelighet hos psykisk syke kunne tilskrives somatisk årsak hos 77,7%, mens selvmord var årsak hos 13,9 % (8). Kardiovaskulær sykdom var viktig årsak til overdødelighet, især ved diagnosen schizofreni (8). Tilsvarende funn foreligger fra Norge (3).

En stor studie fra USA (2015) som undersøkte dødsårsaker for pasienter med schizofreni, viste høyest dødsrate for kardiovaskulær sykdom (403.2 per 100,000 person-år) og en 3.6 ganger så høy dødelighet som gjennomsnittsbefolkningen målt ved standardisert mortalitetsratio (uttrykker forventet antall døde i pasientkohorten som undersøkes hvis dødelighetsraten i gjennomsnittsbefolkningen, ut fra alder og kjønn, kunne appliseres) (7). Kardiovaskulær sykdom stod for omtrentlig en tredel av alle naturlige dødsårsaker, og blant disse kunne halvparten tilskrives hjerteinfarkt. Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), en utbredt og velkjent lungesykdom primært forårsaket av røyking, var også en viktig årsak til død i denne studien (7).

Etiologien bak økt kardiovaskulær dødelighet i denne pasientgruppen er ikke klarlagt, men noen av årsakene kan være økt forekomst av risikofaktorer som overvekt og usunt kosthold, røyking, fysisk inaktivitet, hypertensjon, diabetes og dyslipidemi (1, 9-11). Disse

risikofaktorene for hjerte- og karsykdom er velkjente, og vi vet at det er høyere forekomst blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse enn i gjennomsnittsbefolkningen (1, 9).

Det er likevel uavklart om den økte risikoen for kardiovaskulær sykdom og predisposisjon for sykdom kan forklares utelukkende av livsstil hos alvorlig psykisk syke, eller om det eksisterer andre faktorer som spiller en avgjørende rolle – som helsevesenets oppfølging og behandling av risikofaktorer hos disse pasientene (9, 10). Beary et. al (2012) hevder at den økte kardiovaskulære dødeligheten er relatert til manglende behandling og oppfølging av hjerte- og karsykdommer og kreft hos pasienter med en alvorlig psykisk lidelse (12).

Det er gjort studier som viser lavere antall kontakter med somatisk sykehus og kardiovaskulære prosedyrer for psykiatriske pasienter enn for ikke-psykiatriske pasienter (13). Dette er et paradoks, da vi vet at pasienter med alvorlige psykiske lidelser har høy forekomst av kardiovaskulære risikofaktorer, og dermed økt forekomst av hjerte- og karsykdom. Det beskrives i flere artikler at somatisk sykdom i pasientgruppen ikke oppdages og/eller at de mottar mindre behandling (5, 9, 12, 14). Eksempelvis skriver Hennekens et. at i reviewartikkelen at psykiatriske pasienter med hjerteinfarkt sjeldnere mottar standardbehandling enn den generelle befolkningen (1) og Beary et. al skriver i sin artikkel ”*When cardiovascular disease is considered, then patients with schizophrenia receive sub-optimal care at all levels of intervention, from the prescription of statins through to access to surgical procedures*” (12). Slike funn understøtter at underbehandling og underdiagnostisering kan bidra til økt dødelighet.

Forebygging, oppfølging og behandling av kardiovaskulære lidelser hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser er vanskelig, og det trengs mer kunnskap om hvilke faktorer i oppfølging av kardiovaskulære risikofaktorer og kardiovaskulær sykdom som kan redusere sykkelighet og dødelighet.

### **1.3 Formål og avgrensning av oppgaven**

Hovedmålsettingen med studien er å undersøke den somatiske oppfølgingen av pasienter med alvorlige psykiske lidelser hos en gruppe fastleger i Bodø. Dette skal undersøkes gjennom følgende forskningsspørsmål:

1. Hvilke tiltak iverksetter fastlegene ved somatisk oppfølging av psykosepasientene?
2. Er det sammenheng mellom fastlegers erfaring (målt ved antall pasienter med alvorlig psykisk lidelse fastlegen har) og

- a. oppfølging av livsstil
  - b. kjennskap til retningslinjer
3. Er det sammenheng mellom fastlegers kjennskap til retningslinjer og oppfølging av livsstil?
4. Er det sammenheng mellom ansvars plassering for oppfølging og
  - a. oppfølging av livsstil
  - b. presisering fra spesialisthelsetjenesten (epikrise)
  - c. fastlegers kjennskap til retningslinjer

Tema er omfattende og vanskelig å avgrense, derfor har jeg valgt å fokusere på livsstil som kardiovaskulær risikofaktor, hvor røyking, fysisk inaktivitet og usunt kosthold inngår, og retningslinjer for oppfølging, diagnostisering og behandling av somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse for å utforske hva retningslinjene og litteraturen anbefaler når det gjelder somatisk oppfølging i denne pasientgruppen.

«Somatisk oppfølging» menes i første forskningsspørsmål hvilke tiltak som iverksettes for somatisk oppfølging av pasienter med psykoselidelser, hvor kartlegging og oppfølging av livsstil også inngår.

I forskningsspørsmål 2 – 4 innebærer «oppfølging av livsstil» kartlegging og tiltak for oppfølging av røyking, fysisk aktivitet og kosthold.

I forskningsspørsmål 4 betyr «presisering fra spesialisthelsetjenesten» om det står beskrevet i epikrisen hvordan pasientene skal følges opp somatisk.

## **1.4 Teori**

### **1.4.1 Røyking**

Tobakk tar livet av 6 millioner mennesker hvert år, og representerer en av de største helsemessige truslene i verden (15). Opptil 85% av personer med alvorlig psykisk lidelse dør og/eller har redusert livskvalitet grunnet tobakksrelatert sykdom, og røyking er en viktig årsak til økt dødelighet (16). Det hevdes i en spansk studie at røykeslutt kan halvere risikoen for hjerte- og karsykdom i pasientgruppen (17), og oppfordring til røykeslutt vil derfor være svært helsefremmende og ikke minst kostnadseffektivt.

I en amerikansk reviewartikkel (2005) fremgår det at røyking forekommer hos omtrent 25% i den generelle befolkningen, mot 75% hos pasienter med schizofreni (1). I Norge brukte 31% av befolkningen tobakk og 13% røykte daglig i 2015 (18). Forekomst av daglig røyking er vesentlig høyere blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse, opptil 50% røyker mer enn 20 sigaretter daglig mot 9 % i den generelle befolkningen (19). Et slikt forbruk skaper sterk nikotinavhengighet (20). Tobakksforbruken har gått ned i den generelle populasjonen, tallene fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser halvering i daglig røyking i befolkningen fra 2005 frem til 2015 (18). Nedgangen av tobakksbruk sees imidlertid ikke blant personer med psykisk lidelse (21). Dette bekrefter at en ikke har lyktes med å redusere tobakksbruken i denne pasientgruppen, og at forskjellen er stor sammenlignet med den generelle befolkningen (21).

Det er gjort noen studier med litt ulike konklusjoner på hvorfor det er slik. En studie forsøker å forklare den høye prevalensen med at pasientene selvmedisinerer for å bedre kognitive funksjoner (22). En reviewartikkel (2001) viser til korrelasjon mellom fattigdom og tobakksbruk, hvor det foreslås at pasienter muligens røyker for å håndtere en tøff hverdag som blant annet er preget av arbeidsledighet, dårlig økonomi, mangel på nettverk og sosial stimulans (23). En annen forklaring kan også være at røyking bidrar til håndtering av vanskelige følelser (19).

Det eksisterer mange myter om røyking og psykisk lidelse. Her inkluderes eksempelvis tanker fra helsepersonell om at pasienter med psykiske lidelser ikke er interessert i røykeslutt, og at de ikke er i stand til å slutte (24). Et argument blant kritikere til røykfrie avdelinger i psykiatriske sykehus er at røyking er en del av behandlingen for psykisk syke (25), og helsepersonell uttrykker bekymring for forverring av psykisk helsetilstand hos pasientene uten tilgang til tobakk, inkludert frykt for at pasientene kan bli mer aggressive (26). Likevel finner en i samme studie ingen evidens for at en slik sammenheng faktisk eksisterer (26). Det er heller ingen holdepunkter for at pasienter med psykiske lidelser ikke er interessert i røykeslutt, tvert imot. En australsk reviewartikkel viser til at pasienter med alvorlig psykisk lidelse er like motiverte for røykeslutt som andre (27).

En engelsk studie viste også sterk motivasjon hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser til å redusere bruken av tobakk, men mange av pasientene hadde likevel flere mislykkede forsøk med røykeslutt (19). Som et resultat av dette var troen på seg selv fraværende. Totalt sett peker studien på at pasienter med alvorlig psykisk lidelse sjeldent mottar profesjonell hjelp og



støtte til å slutte å røyke, selv om mye tyder på at pasientene ønsker å slutte og er engstelig for sin egen helse.

I samme studie ble det undersøkt hvorfor pasienter med alvorlig psykisk lidelse røyker og hvorfor de ønsker å slutte (19). Mange svarte at de røyket for å dempe stress/uro (93,8%) og for å slappe av (90,7%). Den viktigste oppgitte begrunnelsen for å slutte å røyke var at røyking ikke er bra for helsen (96,9%). Studien er dog noe begrenset da utvalget var lite (n=97) og pasientene som ble inkludert i studien hadde uttrykt interesse for røykeslutt i forkant. I en metaanalyse fremgår det at personer røyker for å dempe blant annet angst/uro og stress, samt for å stabilisere stemningsleiet og slappe av (28). Dette gjelder både for pasienter med og uten en psykisk lidelse. Metaanalysen viste at pasienter med en psykisk lidelse som sluttet å røyke hadde bedre mental helse og livskvalitet enn de som ikke sluttet, herunder redusert stress, angst og depresjon (28).

Grunnen pasientene oppgir som årsak til at de røyker kan relateres til abstinenssymptomer som oppstår ved røykeslutt (20). Nikotinet i tobakken er et potent psykoaktivt stoff som kan medføre sterk fysisk avhengighet og utvikling av toleranse, i likhet med kokain og amfetamin (29, 30). Toleranseutvikling kan føre til at mer nikotin må til for å oppnå samme effekt eller for å motvirke abstinenser, dvs. at den gode følelsen til en viss grad forsvinner (30). Derfor vil mange pasienter trolig forveksle abstinenssymptomer med endring eller forverring av sykdommen og fortsetter derfor å røyke (20). Typiske abstinenssymptomer er røyksug, uro og irritabilitet, konsentrasjonsvansker og redusert stemningsleie (31). Nikotintilførsel kan derfor muligens kamuflere abstinenssymptomer og følgelig mistolkes som om den mentale helsen bedres (20). Dette kan indikere at røykeslutt er betydelig vanskeligere for pasientgruppen og at informasjon og støtte kan være helt avgjørende for å lykkes (19).

På en annen side er det studier som viser til at tobakk muligens kan redusere negative symptomer ved schizofreni, men ingen evidens for reduksjon eller bedring av positive symptomer, angst og depresjon (22, 32). Muligens skyldes reduksjon av negative symptomer nikotinetts evne til å øke dopaminnivået i visse områder av hjernen (nucleus accumbens og prefrontal cortex) (22). Disse hjerneområdene er en del av det mesolimbiske belønningssystemet, og ifølge teorien medfører økt dopaminaktivitet en belønningsatferd, eksempelvis den gode følelsen som blir fremkalt av narkotiske stoffer (33, s.363). Dersom vi legger til grunn nåværende kunnskap om patofysiologien bak negative symptomer ved

schizofreni (hypoaktivitet i mesokortikale dopaminerge nervebaner), kan dette brukes til å forklare nikotinets effekt på negative symptomer og hypotesen om selvmedisinering (23).

Totalt sett peker forskningen på at alvorlig psykisk syke røyker i betydelig høyere grad enn normalbefolkningen, og årsaken er sammensatt. Ovennevnte studier viser at motivasjonen ikke er fraværende for røykeslutt. Pasientene trenger trolig støtte og hjelp for røykeslutt for å lykkes, og fordommer blant helsepersonell kan være av betydning i denne sammenheng. Siden røyking trolig er en viktig årsak til økt dødelighet i pasientgruppen, vil tiltak for røykestopp være viktig.

#### **1.4.2 Fysisk inaktivitet**

Helsegevinsten ved fysisk aktivitet er veletablert, ikke bare bedres den fysiske, men også den psykiske helsen (20, 34, 35). Fysisk aktivitet tar blant annet del i behandlingen ved psykiske lidelser som mild og moderat depresjon (36, s. 275), men også ved en rekke somatiske sykdommer som hjertesvikt, koronarsykdom, KOLS, hjerneslag og muskel- og skjelettsykdommer (36). Helsedirektoratet viser til evidens for at risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer effektivt kan behandles med fysisk aktivitet (36, s. 343 - 350).

I en metaanalyse (2016) og i en nederlandsk studie publisert i 2012 fastslås at det foreligger evidens for at fysisk aktivitet bedrer psykisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse (37, 38). Siden antipsykotika trolig har minimal effekt på kognisjon, er det behov for annen tilnærming til behandling, eksempelvis fysisk aktivitet, som synes å ha en klinisk effekt i enkelte studier (37, 39). Helse Norge viser til at fysisk aktivitet gir god psykisk helse, eksempelvis redusert stress og bedret søvn, og i tillegg viser de til vitenskapelig evidens for fysisk aktivitet som behandlingsmetode for psykisk lidelse (34).

I den nederlandske studien gjennomførte pasientene 120 minutter med moderat fysisk aktivitet i uken i 6 måneder. Pasientene startet med lav intensitet (basert på hjerterefrekvens) og økte denne for hver uke (38). Resultatene viste statistisk signifikant reduksjon av symptomer for schizofreni ( $P = 0.001$ ) og depresjon ( $P = 0.012$ ), samt bedring av kondisjon ( $P < 0.001$ ) (38). Det var ingen signifikante effekter for risikofaktorer for metabolsk syndrom (38). Det kan tenkes at mer intensiv trening, trening flere timer i uken eller lengre oppfølging enn 6 måneder kunne gitt sterkere resultater. Forfatterne bak kapittelet *Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet* i aktivitetshåndboken understøtter påstanden, og mener at

Helsegevinsten bygger på et dose-/responsforhold mellom mengden fysisk aktivitet (produktet av intensitet, varighet og frekvens) på den ene siden og sykkelighet og død av for eksempel hjertekarsykdommer eller diabetes på den andre siden (36, s.38).

Studien har dog sine begrensinger, eksempelvis startet studien med 63 deltakere og endte med 39 deltakere grunnet dårlig etterlevelse og frafall, pasientene var stabilt medisinerte og forfatterne hadde ingen gode studier å sammenligne med (38).

I Norge viser tall fra Helsedirektoratet at 32% av den voksne befolkningen regnes som fysisk aktive, hvilket betyr at de oppfyller Helsedirektoratets minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet (35). Minimumsanbefalingen er ”150 minutter moderat fysisk aktivitet per uke eller 75 minutter med høy intensitet” (35).

Det er lite forskning på fysisk aktivitet blant de med alvorlige psykiske lidelser, men det er sannsynlig at hard fysisk aktivitet er enda mindre vanlig enn i befolkningen for øvrig (40-42). En amerikansk studie publisert i 2008, dog med et lite utvalg (n=124), finner at omtrent 70% av pasienter med schizofreni kan regnes som fysisk inaktive, det vil si at de ikke oppfyller minimumsanbefalingen for fysisk aktivitet (42). Selv om aktivitetsnivået er generelt lavere i denne pasientgruppen, kommer det frem i en kanadisk artikkel at pasienter med alvorlig psykisk lidelse foretrekker å gå turer i moderat tempo (43), og en annen studie viser til at denne aktiviteten er mer utbredt i denne pasientgruppen enn i befolkningen ellers (40).

Ser vi nærmere på statistikken vedrørende fysisk aktivitet i befolkningen, viser det seg at personer med lavere utdanning er mindre fysisk aktive enn de med høyere utdanning, og forskjellen er størst blant menn (35). SSB publiserte en artikkel i 2009 som viser at utdanning og kunnskap påvirker helseatferden (44). I artikkelen fremkommer følgende mulige forklaringer til fenomenet (44):

- Utdanning gir ressurser (tid og tilgang til fritidsaktiviteter)
- Utdanning kan bidra til økt mottakelighet for helseopplysninger og bruk av helsetjenester
- Utdanning styrker kompetansen og evnen til å tilegne seg kunnskap
- Høyt utdannede tar lettere til seg informasjon om sunne levevaner
- Utdanning kan styrke troen på egen mestring, herunder at det er mulig å påvirke eller kontrollere sine livsbetingelser (44).

Helsedirektoratets anbefalinger beror blant annet på endring av atferd gjennom kunnskap (35, 45). *Hjernens plastisitet*, svært forenklet forklart i denne sammenheng, betyr at hjernen trolig har evne til å «tilegne seg» ny kunnskap og dermed levevaner, i størst grad i barneårene, men trolig også noe i voksen alder (46, 47).

Helsedirektoratet viser til at pasienter med psykiske lidelser ofte har lav utdanning. I tillegg er de oftere arbeidsledige eller uføretrygdet, og har oftere manglende sosialt nettverk enn befolkningen for øvrig (48). Dette er arenaer som betraktes som viktige for god helse (48). Med denne kunnskapen tatt i betraktning vil det være nærliggende å tro at informasjon, utdanning (økt kunnskapsnivå) og støtte ved livsstilsendring kan ha stor betydning for pasientgruppen, fordi utdanning synes å være en viktig faktor for helseatferd og fordi sedat livsstil trolig ligger i vår natur (49). Hvorfor pasienter med alvorlig psykisk lidelse er mer inaktive enn den generelle befolkningen er likevel uavklart, men en engelsk reviewartikkel fra 2017 foreslår følgende mulige forklaringer (41):

- Dårlig motivasjon, som delvis skyldes negative symptomer og depresjon
- Angst og stress i forbindelse med å trene offentlig, inkludert sosial angst
- Tretthet forbundet med sedative effekter av antipsykotisk medikasjon
- Mangel på støtte fra andre til å trene/ være fysisk aktiv
- Komorbide helseplager som overvekt/fedme som påvirker mobiliteten

Reviewartikkelen understreker at fysisk aktivitet bør satses på i behandlingen av alvorlig psykisk syke da det potensielt er effektivt i de områder hvor medikamenter ikke har optimal effekt, som ved negative symptomer og kognitiv dysfunksjon, delvis positive symptomer og somatiske tilstander (41). Fysisk aktivitet som en del av behandlingen vil trolig få økende betydning, men mer forskning er nødvendig før konklusjoner kan trekkes.

I oppgaven inngår kosthold i de kardiovaskulære risikofaktorene som beskrives. Tiltak rettet mot et «sunnere» kosthold bygger på samme prinsipper som for fysisk inaktivitet, hvor livsstilsendringer (kostholdsendringer) står sentralt. Teori og tiltak utdypes derfor ikke nærmere.



### 1.4.3 Oppfølging av somatisk helse

Helsedirektoratet har utarbeidet retningslinjer for *utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. I disse retningslinjene beskrives hvordan og hva som bør inngå i den somatiske oppfølgingen hos denne pasientgruppen. Her er ifølge Helsedirektoratet fastlegen sentral. Her nevnes punktvis noe av det som nevnes i retningslinjene (45):

- Den somatiske helsetilstanden må vurderes jevnlig og følges opp med minst én årlig kontroll
- Ved første kontaktperiode må det tas blodprøver som fastende blodsukker og fettstoffer i blodet for å avdekke mulige risikofaktorer. I tillegg må blodtrykk, vekt, høyde og BMI beregnes
- Undersøkelser/verktøy: Blodprøver, urinprøve, blodtrykk, høyde, vekt, livvidde, KMI, anamnese (røyking, kosthold, mosjon) og ev. EKG.

Nasjonale retningslinjer for alvorlig psykisk syke er lite utfyllende, og avsnittet som omhandler «somatisk helsetilstand» inn under «oppfølging og behandling» er på knappe syv setninger (45). I tillegg er retningslinjene vage, eksempelvis refererer de til undersøkelser som «blodprøver». Det kommer ikke frem i retningslinjene at pasienten skal undersøkes grundig klinisk. Dette er et paradoks da Helsedirektoratet selv poengterer viktighet av oppfølging av somatiske helsetilstand grunnet overdødeligheten som i hovedsak skyldes hjerte-/karsykdommer og lungesykdommer (45).

Retningslinjene er noe mer førende når det gjelder oppfølging av somatisk helsetilstand ved samtidig bruk av antipsykotika, som også gjenfinnes i UpToDate sine anbefalinger (50).

Mange studier (9, 51-54) hevder at bruk av antipsykotika kan medføre en forsterkning av den allerede forhøyede risikoen for kardiovaskulære risikofaktorer. Når pasienter som bruker antipsykotika følges opp, inngår kartlegging, intervensjon og behandling av disse faktorene. Dette er ifølge Helsedirektoratet fastlegens oppgave (45).

Her nevnes punktvis noe av det som nevnes i retningslinjene (45):

Før behandlingen startes bør pasienten få tilbud om en somatisk undersøkelse. Denne undersøkelsen inkluderer:

- Grundig klinisk undersøkelse for å vurdere bivirkningsrisikoen
- Egen historie og familiehistorie når det gjelder diabetes og hjertesykdom

- Registrering av blodtrykk, vekt, KMI
- Blodprøver (glukose, lipidprofil, eventuelt telling av blodlegemer)
- EKG, dersom dette er anbefalt i preparatomtalen for det valgte preparatet, eller dersom sykehistorie/undersøkelse indikerer mulig hjertesykdom hos pasienten

I tillegg angis (45):

- Serummåling etter 2 - 4 uker [...]
- Nøye oppfølging med tanke på utvikling av bivirkninger;
  - kartlegging av forekomst av nevromuskulære bivirkninger samt kontroll av kardiovaskulære risikofaktorer som blodtrykk, vekt, midjemål og fettstoffer i blodet
  - Spørre spesifikt om seksuelle bivirkninger og se etter tidlige tegn til dyskinesier i ansiktsmuskulaturen, fordi slike problemer ikke alltid rapporteres spontant

Når det gjelder retningslinjer for forebyggende helsearbeid med rådgivning om kosthold, fysisk aktivitet og røykeslutt, har også fastlegen en sentral rolle (55).

I henhold til retningslinjer for røykeavvenning for psykosepasienter anbefaler Helsedirektoratet følgende: 1) Kartlegge motivasjon, 2) Samtalem metode for å fremme atferdsendring, blant annet *motiverende intervju* som har vist lovende resultater, 3) Veiledning til umotiverte og ambivalente (øke motivasjon for å bli røykfri), 4) Hjelpetilbud som Frisklivssentraler, tobakksavvenningskurs og digitale hjelpemidler (eks. [www.slutta.no](http://www.slutta.no)), 5) Legemidler som nikotinlegemidler, bupropion og vareniklin, 6) Elektroniske sigaretter (20). Det presiseres at fastlegen *må sørge for* at pasienten får nødvendig oppfølging når det gjelder røykavvenning. Det foreslås ”*atferdsterapi i tillegg til et standardisert røykeavvenningsprogram som inkluderer samtaler og legemidler til røykeslutt, da dette synes å øke langtidssluttrate hos psykisk syke*” (20). Det presiseres også viktighet av røykeanamnese, hvor direkte spørsmål til pasienten om vedkommende røyker blant annet inngår (45, s.53). Helsedirektoratet poengterer at røykesluttprogram i regi av helsetjenesten gir større sannsynlighet for røykfrihet (55).

Helsedirektoratet har utarbeidet en rekke tiltak for å øke den fysiske aktiviteten i den generelle befolkningen, der i blant Aktivitetshåndboken, som kan brukes som et verktøy for

helsepersonell (36). Når det gjelder alvorlig psykisk syke, foreslår Helsedirektoratet at *”informasjon om betydningen av fysisk aktivitet, motivasjon til og tilrettelegging for aktivitet og trening bør inngå som en viktig del av en helhetlig behandling”* (evidensnivå 1b og gradering A) (45). Behandlingen *”innebærer å sette av tid til å kartlegge hvilke tilbud og muligheter som finnes i nærmiljøet, samt at det aktivt motiveres til å delta i strukturert fysisk aktivitet”*(45). Helsedirektoratet presiserer viktigheten av fysisk aktivitet som intervensjon da inaktivitet forsterker den allerede økte risikoen for somatiske sykdommer, især hjerte- og karsykdommer (45). Intuitivt blir helsevesenets rolle å følge ovennevnte retningslinjer.

Forfatterne bak den engelske reviewartikkelen fra 2016 viser til evidens for at tett oppfølging og tilrettelegging for fysisk aktivitet er effektivt for å øke aktivitetsnivået og motivasjon i pasientgruppen (41).

Verdens Helseorganisasjon (WHO) utarbeidet tiltak rettet mot en sedat livsstil og viser til forskning som fungerer for å motarbeide denne (56):

- *Politikk og samfunn*: Nasjonale/statlige tiltak rettet mot sunnere livsstil, eksempelvis retningslinjer som reduserer hindre for fysisk aktivitet, transportpolitikk.
- *Massemedia*: Promotering av fysisk aktivitet, “sunn” mat etc.
- *Skolesammenheng*: Tiltak som fokuserer på diett og/eller fysisk aktivitet, samt øke kunnskapsnivået
- *Primærhelsetjenesten*: Tiltak rettet mot grupper som har økt risiko for ikke-smittsomme sykdommer, eksempelvis kartlegge kosthold, aktivitetsnivå, familiehistorie (f. eks diabetes mellitus type 2, hypertensjon, overvekt eller fedme), gi målrettet informasjon og oppfølging etc. (56).

Tiltakene er i høy grad rettet mot endring av menneskers atferd, noe som kan understøtte utdanningens (kunnskapens) betydning, og at samfunnet og helsevesenet trolig har en enorm påvirkningskraft for vår livsstil.

Det må nevnes at Helsedirektoratet arbeider med utarbeidelse av ”pakkeforløp” innenfor psykiatri og rus, hvor tre av pakkeforløpene er ute på høring (57). Helsedirektoratet skriver at *”psykisk og somatisk helse henger sammen og bør behandles under ett. Det skal derfor utarbeides konkrete tiltak for å sikre at somatisk helse og levevaner blir en integrert del av forløpene”*(57). Her vil sannsynligvis somatisk oppfølging av pasienter med alvorlige psykiske lidelser beskrives klarere og mer detaljert enn i de retningslinjene som gjelder nå.

#### 1.4.4 Gjeldende kunnskap oppsummert

Hovedfunn i litteraturgjennomgangen nevnes punktvis:

- Pasienter med alvorlig psykisk lidelse har økt dødelighet. Hovedårsaken er somatisk betinget, hvor kardiovaskulære sykdommer står sentralt
- Manglende behandling og oppfølging av pasienter med etablert sykdom kan være relatert til økt dødelighet, særlig hjerte- og karsykdom (12).
- Forekomsten av kardiovaskulære risikofaktorer synes å være økt hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse sammenlignet med gjennomsnittsbefolkningen. Her inkluderes røyking, fysisk inaktivitet, overvekt, diabetes, hypertensjon og ugunstige kolesterolverdier (1).
- Årsak til økt forekomst av kardiovaskulære risikofaktorer og sykdom er uavklart, men litteraturen peker på pasientenes livsstil, bivirkninger av medikamenter, mangelfull somatisk oppfølging, underbehandling og underdiagnostisering (9, 12).
- Røyking er svært prevalent i pasientgruppen, og beskrives som en av viktigste risikofaktorer for økt dødelighet, og hjelp til røykeslutt er derfor viktig (16). Livskvaliteten og den mentale helsen bedres til pasienter som slutter å røyke (28). Mangelfull oppfølging av motiverte pasienter (19) kan være problematisk da oppfølging synes å være avgjørende for at pasientgruppen skal lykkes, særlig med tanke på litteraturens beskrivelse om hvorfor pasientene røyker, herunder selvmedisinering (22) og abstinenssymptomer (31). Atferdsterapi og standardisert røykeavvenningsprogram (samtaler og legemidler) synes å øke langtidssluttrate, men hvilke tiltak som er mest effektivt er ikke klarlagt (20).
- Fysisk aktivitet beskrives til å være effektiv i behandling for en del somatiske og psykiske lidelser (36). En metaanalyse viser til evidens for at fysisk aktivitet bedrer mental helse hos alvorlig psykisk syke (37). Alvorlig psykisk syke er mer inaktive enn gjennomsnittsbefolkningen og årsakene er uavklart (42), men kan bero på dårlig motivasjon (58), mangel på støtte og oppfølging og komorbide helseplager (41), samt lite eller lavt kunnskapsnivå (44). Hvordan pasienter bør følges opp er ikke klart definert, men det foreslås informasjon om betydning av fysisk aktivitet, motivere til aktivitet, tett oppfølging og kartlegging av tilbud i nærmiljøet (45).



- Bivirkninger av antipsykotika forsterker den allerede økte risikoen for kardiovaskulære risikofaktorer, og av den grunn beskrives det i litteraturen at kartlegging, diagnostikk, utredning og oppfølging av disse er viktig (9, 45).

Fastlegenes rolle er sentral i forebygging og oppfølging av somatisk sykdom hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Jeg ønsket derfor å undersøke hvordan slik oppfølging skjer, ved å spørre en gruppe fastleger i Bodø.

Man kan dermed utlede hypoteser knyttet til forskningsspørsmålene 2 - 4.

Første forskningsspørsmål ”*hvilke tiltak iverksetter fastlegene ved somatisk oppfølging av psykosepasientene?*” blir ikke testet empirisk, og det defineres ikke nullhypotese for dette forskningsspørsmålet.

*Forskningsspørsmål 2a) Er det sammenheng mellom fastlegers erfaring og oppfølging av livsstil?*

H0a: Det er ingen sammenheng mellom fastlegers erfaring og oppfølging av livsstil.

H1a: Det er en sammenheng mellom fastlegers erfaring og oppfølging av livsstil.

*Forskningsspørsmål 2b) Er det sammenheng mellom fastlegers erfaring og fastlegers kjennskap til retningslinjer?*

H0b: Det er ingen sammenheng mellom fastlegers erfaring og fastlegers kjennskap til retningslinjer.

H1b: Det er en sammenheng mellom fastlegers erfaring og fastlegers kjennskap til retningslinjer.

*Forskningsspørsmål 3) Er det sammenheng mellom fastlegers kjennskap til retningslinjer og oppfølging av livsstil?*

H0c: Det er ingen sammenheng mellom fastlegers kjennskap til retningslinjer og oppfølging av livsstil.

H1c: Det er en sammenheng mellom fastlegers kjennskap til retningslinjer og oppfølging av livsstil.

*Forskningsspørsmål 4a) Er det sammenheng mellom ansvars plassering for oppfølging og oppfølging av livsstil?*

H0d: Det er ingen sammenheng mellom ansvars plassering for oppfølging og oppfølging av livsstil.

H1d: Det er en sammenheng mellom ansvars plassering for oppfølging og oppfølging av livsstil.

*Forskningsspørsmål 4b) Er det sammenheng mellom ansvars plassering for oppfølging og presisering fra spesialisthelsetjenesten?*

H0e: Det er ingen sammenheng mellom ansvars plassering for oppfølging og presisering fra spesialisthelsetjenesten.

H1e: Det er en sammenheng mellom ansvars plassering for oppfølging og presisering fra spesialisthelsetjenesten.

*Forskningsspørsmål 4c) Er det sammenheng mellom ansvars plassering for oppfølging og fastlegers kjennskap til retningslinjer?*

H0f: Det er ingen sammenheng mellom ansvars plassering for oppfølging og fastlegers kjennskap til retningslinjer.

H1f: Det er en sammenheng mellom ansvars plassering for oppfølging og fastlegers kjennskap til retningslinjer.

De alternative hypotesene er generelle og definerer ikke om sammenhengen er *positiv* eller *negativ*. Dette skyldes at jeg ikke har en spesifikk forventning om retningen til sammenhengene på bakgrunn av at jeg ikke har funnet andre studier i litteraturgjennomgangen tilsvarende *denne studien* (dato 17.07.17).

## 2 Materiale og metode

### 2.1 Forberedelse

For å undersøke fastlegers tilnærming til somatisk oppfølging av alvorlig psykisk syke pasienter, ble det i samarbeid med min veileder utarbeidet et spørreskjema. Spørreskjema ble utarbeidet i forberedende fase med utgangspunkt i litteratur som beskrevet i innledningen.

#### 2.1.1 Litteraturgjennomgang

Litteratur ble innhentet fra artikler på PubMed, ”Nasjonale retningslinjer” utarbeidet av Helsedirektoratet, WHO (World Health Organization), artikler i Tidsskriftet og UpToDate.

Hovedlitteraturen er artikler gjennom litteratursøk i Medline søkemotor PubMed. Jeg satte ingen grenser for årstall, men prøvde å finne artikler i perioden 2010 – 2017, selv om det ikke alltid lot seg gjøre. Det ble ikke brukt filter under søk. Følgende søkeord ble brukt alene og/eller i kombinasjon: *severe mental illness AND excess death OR mortality OR causes of death OR somatic health OR somatic illness OR cardiovascular risk factors OR increased risk for cardiovascular disease OR cardiovascular disease OR interventions cardiovascular risk factor and cardiovascular disease OR lifestyle OR smoking OR prevalence smoking OR smoking and death OR antipsychotics and excess death OR physical activity OR physical inactivity OR primary health care.*

Jeg fokuserte på oversiktsartikler og metaanalyser. I tillegg fikk jeg forslag av artikler fra min veileder. Jeg fant ingen litteratur spesifikt rettet mot mine forskningsspørsmål. Jeg går ikke dypere inn i litteraturgjennomgang da det ikke er en litteraturstudie, men en tversnittstudie.

Det er gjort forsøk på å GRADE seks artikler. Disse artikkelene ble valgt da noen av dem omtales flere ganger i litteraturen.

#### Metodelitteratur:

- Hellevik O. *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. 7 ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2011. 487 p.
- Øhrn, K.G. *Hvordan lykkes med metode og statistikk i samfunnsfag*. 1.ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2002. 199 p.
- A. Johanessen, L. Kristoffersen, P.A. Tufte. *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. 2 ed. Oslo: Astrakt forlag; 2004. 430 p.
- Aarnes H. *Litt statistikk*. Institutt for biovitenskap. 2011. [besøkt 2017 03.07]. Available from:  
<http://www.mn.uio.no/ibv/tjenester/kunnskap/plantefys/matematikk/stat.html>.  
<http://www.mn.uio.no/ibv/tjenester/kunnskap/plantefys/matematikk/stat.html>.
- Kirkwood BR, Stern J. *Medical statistics*. 2ed. UK: Blackwell; 2003. 501 p.
- Field, A. *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. 4.ed. Los Angeles: SAGE publication; 2013. 952 p.

Jeg brukte EndNote som litteraturhenvisning med Vancouverstil.

### 2.1.2 Forskningsdesign

Dette er en tverrsnittstudie fordi undersøkelsen viser fastlegers besvarelser på somatisk oppfølging av pasienter med alvorlig psykisk lidelser på et gitt tidspunkt gjennom et standardisert spørreskjema. Siden dataene ikke kommer fra en enkelt innsamling og er uten en tidskomponent, og siden eksisterende teori på feltet ikke har stadfestet sterke kausale sammenhenger, vil man ikke kunne si noe om kausalitet i studien (59, s.74).

## 2.2 Materiale

Materialet som skal undersøkes i denne studien er kvantitative data. Datamaterialet er innhentet gjennom et spørreskjema, også kalt survey (59, s. 249).

Spørreskjema ble utsendt per epost 5. januar 2017, med fristen for innlevering 19. februar 2017. Etter fristens utløp ble det sendt fem purremailer. Etter siste purremail som ble sendt ut 27. mars hadde fire fastleger svart. For å øke responsraten ble spørreskjema ble da levert i papirformat til sekretæren på legekantoret, som ble bedt om å levere det videre til fastlegene. 15. april ble satt som endelig cut-off dato, og ytterligere 10 fastleger svarte innen denne fristen.

Spørreskjema er skrevet i .docx-format og ble sendt i denne formen per epost til fastleger. Spørreskjema i .docx-format tillot fastleger å svare rett inn i dokumentet på data eller skrive det ut og svare for hånd. To fastleger svarte rett inn i Word-dokumentet, mens resten svarte for hånd.

### 2.2.1 Spørreskjemaet

Det var totalt 24 hovedspørsmål i spørreskjemaet med en kombinasjon av prestrukturerte spørsmål<sup>1</sup> og åpne spørsmål med mulighet for fritekst (se vedlagt spørreskjema).

Gjennom spørreskjemaet ble det også samlet inn informasjon som etter en kritisk gjennomgang ikke blir tatt med videre i forskningsprosessen. Alle spørsmål blir beskrevet her, både de som blir brukt til å belyse forskningsspørsmål og de som ikke blir brukt til å belyse disse.

---

<sup>1</sup> Under arbeidet har jeg funnet flere begreper som beskriver samme fenomen: Spørsmål hvor svaralternativene er forhåndsbestemt. Andre bruker lukkede spørsmål og strukturerte spørsmål. Jeg velger å bruke prestrukturerte spørsmål.



Svaralternativene i de prestrukturerte spørsmålene var hovedsakelig valget mellom ”sjelden”, ”av og til”, ”vanligvis” og ”alltid” eller ”ingen grad”, ”liten grad”, ”verken eller” og ”i stor grad”. Svaralternativene ble senere gruppert (se nedenfor under 2.3).

I spørreskjemaets forord skrev jeg min kontaktinformasjon slik at fastlegene kunne ta kontakt dersom de hadde spørsmål. Det var ingen fastleger som tok kontakt.

#### *2.2.1.1 Spørsmål som blir brukt videre i oppgaven:*

*Spørsmål 1: ”Hvor mange pasienter med psykoselidelser (herunder pasienter med schizofreni og bipolar lidelse) har du som fastlege på din liste?”*. Jeg ønsket å undersøke om erfaring med psykosepasienter har sammenheng med somatisk oppfølging, og et mulig mål på slik erfaring/kjennskap er antall pasienter med alvorlig psykisk lidelse fastlegen har på sin liste.

*Spørsmål 3: ”Hvordan følges opp, i grove trekk, pasienter med alvorlig psykisk lidelse hos deg som fastlege?”*. Det spørres om *hvordan* pasientene blir fulgt opp, dvs. hvor ofte pasientene vanligvis følges opp, og om oppfølgingen skjer hovedsakelig i spesialist- eller primærhelsetjenesten (ansvarsplassering for oppfølging).

*Spørsmål 1 kasus: ”Hvordan vil du følge opp pasienten?”*. Spørsmål angående «generell» somatisk oppfølging ble stilt gjennom en fiktiv kasuistikk, som omhandler en kvinne med diagnosen schizofreni. Kasus ble utarbeidet i samarbeid med min veileder Høye som har klinisk erfaring. I kasuset kommer det frem at kvinnen nylig har startet opp med et nytt antipsykotisk medikament, olanzapin. Når pasienter bytter eller starter opp med nytt medikament skal oppfølging skje relativt tett i startfasen og somatisk helse står sentralt. Siden fastleger ofte tar del i denne fasen ønsket jeg å undersøke hvordan de ville fulgt opp min fiktive pasient.

*Spørsmål 5 – 7, 9 og 10.* For meg var det viktig å stille spørsmål som avdekker hvordan fastlegene følger opp risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer. Derfor er det stilt spørsmål som går direkte på om fastlegen spør pasienten om røyking, kosthold og fysisk aktivitet og videre hvordan dette følges opp. Jeg tillot fastlegene å svare med fritekst hvordan de følger opp pasienter med alvorlig psykisk lidelse på en generell basis.

*Spørsmål 11: ”Er du kjent med disse retningslinjene?”*. Jeg var interessert i å undersøke fastlegers kjennskap til retningslinjer for oppfølging av somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse.

*Spørsmål epikrise 4 – 6.* Jeg avsluttet spørreskjemaet med spørsmål som omhandler epikriser fra spesialisthelsetjenesten. Jeg ønsket å undersøke om og hvordan spesialisthelsetjenesten presiserer/ anbefaler somatisk oppfølging, f.eks. hvilke blodprøver som bør tas og kontroll av vekt.

#### *2.2.1.2 Spørsmål som ikke er med i oppgaven*

Spørsmål som ikke blir brukt videre i oppgaven oppsummeres her kort og uten angivelse av spørsmålene.

Det ble stilt spørsmål om hvordan kontakt mellom pasient og fastlege oppstår, og hvilke problemstillinger som er vanlige ved oppfølging av pasientene.

Kasusen som blir beskrevet ovenfor inneholder flere spørsmål som ikke tas med, deriblant når fastlegen ønsker å innkalle pasienten til neste time og hvilke momenter fastlegen særlig vil legge vekt på ved oppfølging.

I spørreskjema utarbeidet jeg en del påstander om oppfølging av røykestopp og alvorlig psykisk syke på bakgrunn av teori og egen erfaring i møte med andre mennesker og helsepersonell. Jeg ønsket å finne ut som fastlegene kjente seg igjen i påstandene med det formål å kartlegge kompleksiteten i møte med pasientgruppen. Det ble gitt mulighet for begrunnelse av svar.

Antipsykotika brukes av mange pasienter, disse medikamentene kan ha potensielt alvorlige somatiske bivirkninger. Derfor var det naturlig å spørre fastlegene om dette tema. Jeg var interessert i å finne ut om fastlegene følte seg trygge på bruken av antipsykotika når det gjelder dosering og bivirkningsprofil og hvor ofte fastleger kartlegger bivirkningsprofil.

#### **2.2.2 Studieutvalget/ respondentene**

Det ble sendt spørreskjema til ni fastlegekontor i Bodø by, med til sammen 47 fastleger som utgjør studiens bruttoutvalg (59, s. 237). Informasjon om antall fastleger på fastlegekontoret ble innhentet fra fastlegekontorets hjemmeside på internett. Oppgaven er tenkt som en eksplorerende studie. Det gav derfor mening å begrense utvalgsuniverset, og det ble dermed bare fastleger ved legekontorer i Bodø by som har inngått i universet. Det ble sendt ut spørreskjema til alle fastleger i utvalgsuniverset. Enhetene i denne studien er legene ved de respektive legekantorene.

Det var 14 fastleger som svarte på spørreskjema. Disse er studiens nettutvalg (59, s. 237). Svarprosenten var 29.8% (14/47). Av disse svarte 28.6% (n=4) i første runde. De resterende 71.4% (n=10) svarte etter puring hvor spørreskjemaene ble levert ut personlig på alle fastlegekontorene. Blant frafallgruppen (n = 33) ble manglende tid og/eller mulighet til å svare oftest oppgitt som årsak til frafall.

Det er ikke mulig å knytte spørreskjema tilbake til en spesifikk fastlege, noe det også ble opplyst om i spørreskjemaets forord.

Fastlegene mottok samme informasjon i forkant av utsendelse av spørreskjema per epost, men jeg har ingen oversikt over hvilken informasjon sekretærene ga fastlegene og om denne var ulik.

Prosjektet innebærer ikke pasientundersøkelser eller konkret informasjon om enkeltpasienter, kun besvarelse av spørreundersøkelse av allmennleger etter forespørsel. Derfor er det ingen etiske konflikter involvert.

## 2.3 Metode

### 2.3.1 Strukturering av variabler

For å kunne analysere datamaterialet ble det kodet og analysert i SPSS.

Med så få respondenter var det nødvendig å foreta en forenkling av datamateriale, slik at det ble mulig å gjennomføre statistiske analyser. Med færre respondenter enn mulige svarkombinasjoner vil man få problemer med tomme celler og fort sluppet opp for frihetsgrader (60, s. 402 - 403) (61, s. 35 og 54). Flere variabler blir dermed dikotomisert. Dette er ikke uproblematisk siden man da mister informasjon, men uten en slik dikotomisering ville man ikke kunne brukt dataene.

#### *Fastlegers erfaring (antall pasienter de følger opp)*

Variabelen var en kontinuerlig heltallsvariabel, og blir dikotomisert med utgangspunkt i medianen (10 pasienter) slik at legene med 10 eller færre pasienter havner i lav kategori og de med 11 eller fler havner i høy kategori.

#### *Fastlegers kjennskap til retningslinjer*

For spørsmålet «Er du kjent med disse retningslinjene?» ble svarkategoriene «ingen grad» og «i liten grad» slått sammen til «ingen grad/i liten grad», mens «verken eller» og «i stor grad»

ble slått sammen til «moderat/i stor grad». «Verken eller» blir definert som «moderat grad» fordi svaralternativet «verken eller» er plassert mellom «i liten grad» og «i stor grad»<sup>2</sup>.

#### *Ansvars plassering for oppfølging*

For spørsmålet «Hvordan følges opp, i grove trekk, pasienter med alvorlig psykisk lidelse hos deg som fastlege?» ble svarkategoriene «sjelden», og «av og til» slått sammen til «sjelden/av og til», mens «vanligvis» og «alltid» ble slått sammen til «vanligvis/alltid».

#### *Somatisk helse/ oppfølging (kartlegging og oppfølging av livsstil)*

For spørsmålene «Hvor ofte spør du pasienter med alvorlig psykisk lidelse om røyking?», «Hvor ofte diskuterer du tiltak for røykestopp med pasienter med alvorlige psykiske lidelser?», «Spør du pasienter med alvorlig psykisk lidelse om kosthold, og følger du dette opp?» og «Spør du om fysisk aktivitet og følger du dette opp?» ble svarkategoriene «sjelden» og «av og til» slått sammen til «sjelden/av og til», mens «vanligvis» og «alltid» ble slått sammen til «vanligvis/alltid». I tabellene brukes kun den ene verdien fordi jeg ønsker å ta med *om* fastlegene kartlegger og følger opp livsstil.

Fastlegers kjennskap til retningslinjer («Er du kjent med disse retningslinjene?») og presisering fra spesialisthelsetjenesten (se spørsmål 4, 5 og 6 i spørreskjema under epikrise) ble svarkategoriene «ingen grad» og «i liten grad» slått sammen til «ingen grad/i liten grad», mens «verken eller» og «i stor grad» ble slått sammen til «moderat/i stor grad». Her brukes også kun den ene verdien. Fastlegers kjennskap til retningslinjer og presisering fra spesialisthelsetjenesten går inn under «somatisk helse».

### **2.3.2 Datanalyse**

Etter gruppering av de prestrukturerte svarene gjennomførte jeg en bivariat analyse basert på krystabeller. Siden utvalget i denne studien var lite ( $n < 20$ ) og flere av «cellene» hadde en forventet verdi mindre enn 5, ble Fisher Eksakt test (kji-kvadrattest) brukt som analysemetode (62). Signifikansnivået ble satt til 5%, og analysen ble utført i SPSS. Resultater ble grafisk fremstilt i tabeller i Microsoft Excel framfor SPSS på grunn av bedre støtte for formatering og grafisk visning.

For å kontrollere den kontinuerlige helhetsvariabelen «fastlegers erfaring» utførte jeg en uavhengig t-test for å analysere sammenhengen mellom gjennomsnittlig antall pasienter med

---

<sup>2</sup> Se vedlegg for tabeller før sammenslåing av data.

alvorlig psykisk lidelse for den enkelte fastlege og fastlegers kjennskap til retningslinjer (se vedlegg tabell 7).

Fritekstsvarene (åpne spørsmål) ble brukt til å besvare forskningsspørsmål 1 (se formål). Fritekstsvarene ble gjennomgått av meg og ført inn elektronisk i en tabell i Microsoft Excel. Dette ble gjort for å få en mer systematisk oversikt over svarene og for å muliggjøre koding og grafisk fremstilling av datamateriale. Fritekstsvarene ble skrevet/ kopiert ordrett slik de ble beskrevet av fastlegene. Hvis det var ord jeg ikke forstod, ble dette markert i tabellen.

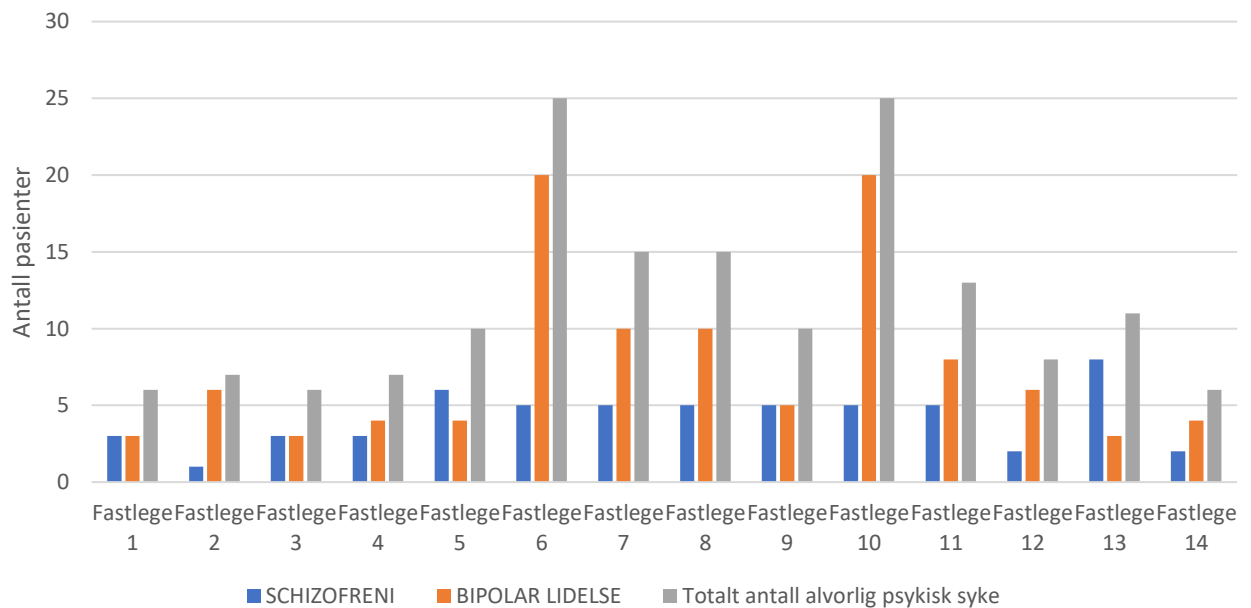
Spørreskjemaet har fire fritekstspørsmål som blir brukt. For å analysere fritekstbesvarelsene ble de kodet (se vedlagt kodeskjema) (59, s. 193 - 194). Fritekstbesvarelsene ble gjennomgått av meg og hvert nye tiltak som kom opp ble gitt en kode. Kodene (verdiene) ble fremstilt deskriptivt gjennom en frekvenstabell. Videre ble frekvensfordelingen fremstilt grafisk i diagrammer ved hjelp av Excel, ett for hvert spørsmål (se tabell 2 – 5). I diagrammene angis «antall» fremfor «prosent» da hver enkelt enhet representerer en stor andel i prosent, og det er derfor ikke hensiktsmessig å prosentuerer (59, s. 282).

### 3 Resultater

#### 3.1.1 Utvalget

Tabell 1 er en oversikt over antall fastleger i utvalget og antall psykosepasienter fastlegene oppgir å ha på legelisten, henholdsvis med bipolar lidelse og schizofreni. I studien deltok 14 fastleger, og antall pasienter var ulikt fordelt innbyrdes fastlegene. Variasjonen var spredt fra 6 – 25 pasienter med alvorlig psykisk lidelse, der totalt antall pasienter med bipolar lidelse (n = 106) var høyere enn totalt antall pasienter med schizofreni (n = 58).

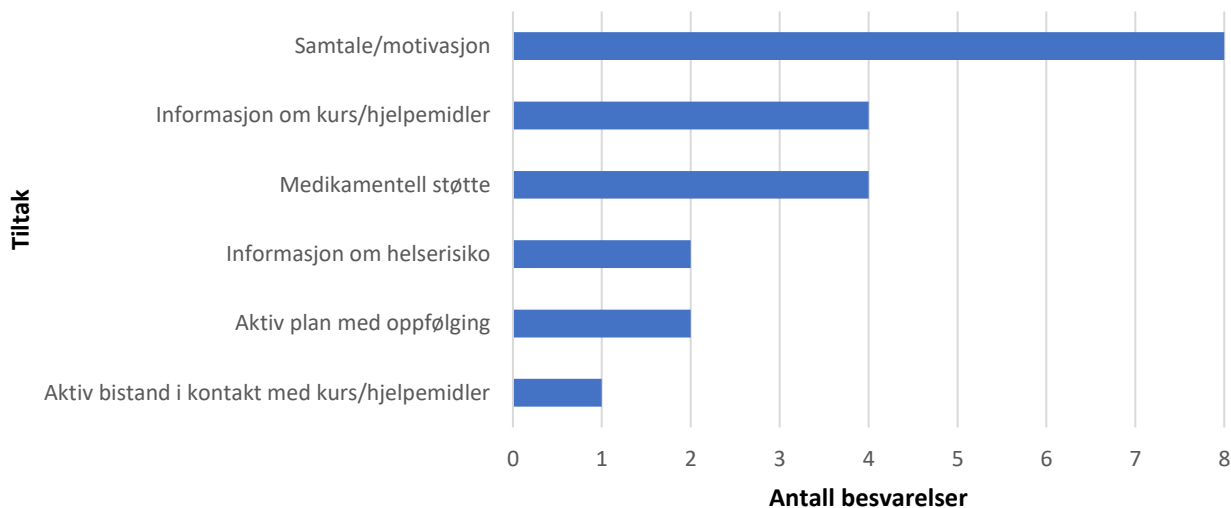
**Tabell 1: Antall pasienter med psykoselidelse fastlegene oppgir å ha på sin liste**



### 3.1.2 Tiltak for somatisk oppfølging (forskningsspørsmål 1)

Fastlegers (n =14) tiltak ved oppfølging av røykeslutt, kosthold og fysisk aktivitet presenteres i tabell 2, 3 og 4 og er basert på kodingen (se vedlegg) av fritekstbesvarelsene. Tabellene viser antall besvarelser per tiltak.

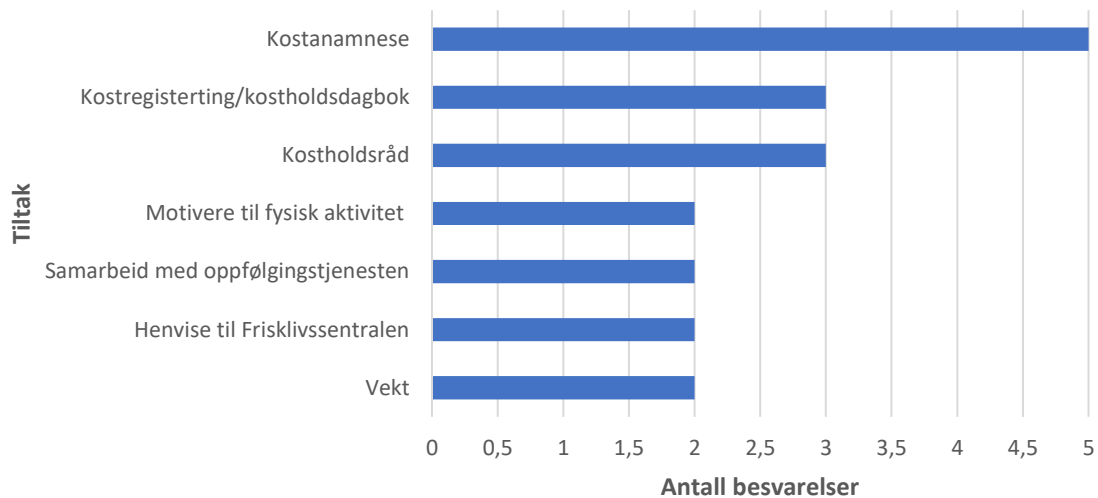
**Tabell 2: Tiltak for røykeslutt - hva gjør fastlegene?**



I tabell 2 presenteres hvilke tiltak fastleger iverksetter for røykeslutt. Denne tabellen viser at majoriteten (n=8) av fastlegene iverksetter «samtale/motivasjon» som tiltak for røykeslutt. «Medikamentell støtte» og «informasjon om kurs/hjelpemidler» er tiltak som fire fastleger iverksetter. Alle fastleger iverksetter en form for tiltak, og ved gjennomgang av kodingen er angir seks fastleger ett eller to tiltak, mens de resterende fastlegene angir tre eller fire tiltak.

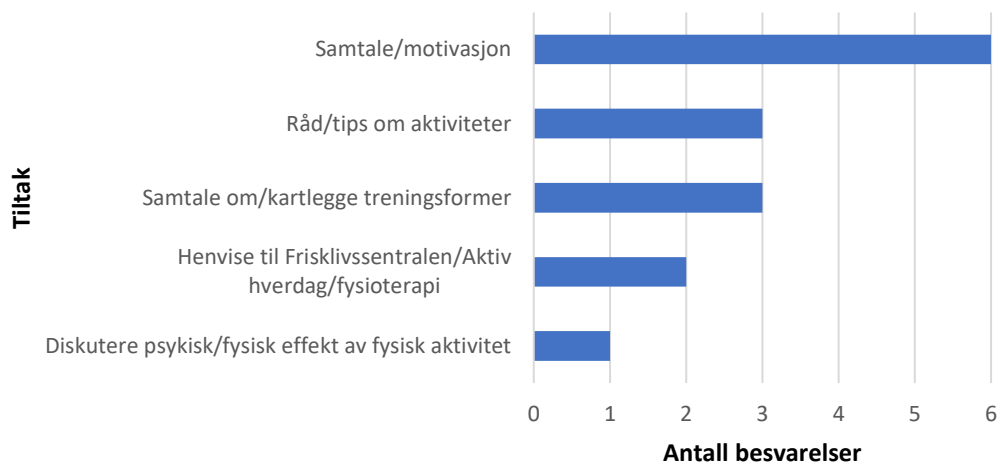


**Tabell 3: Tiltak for kosthold – hva gjør fastlegene?**



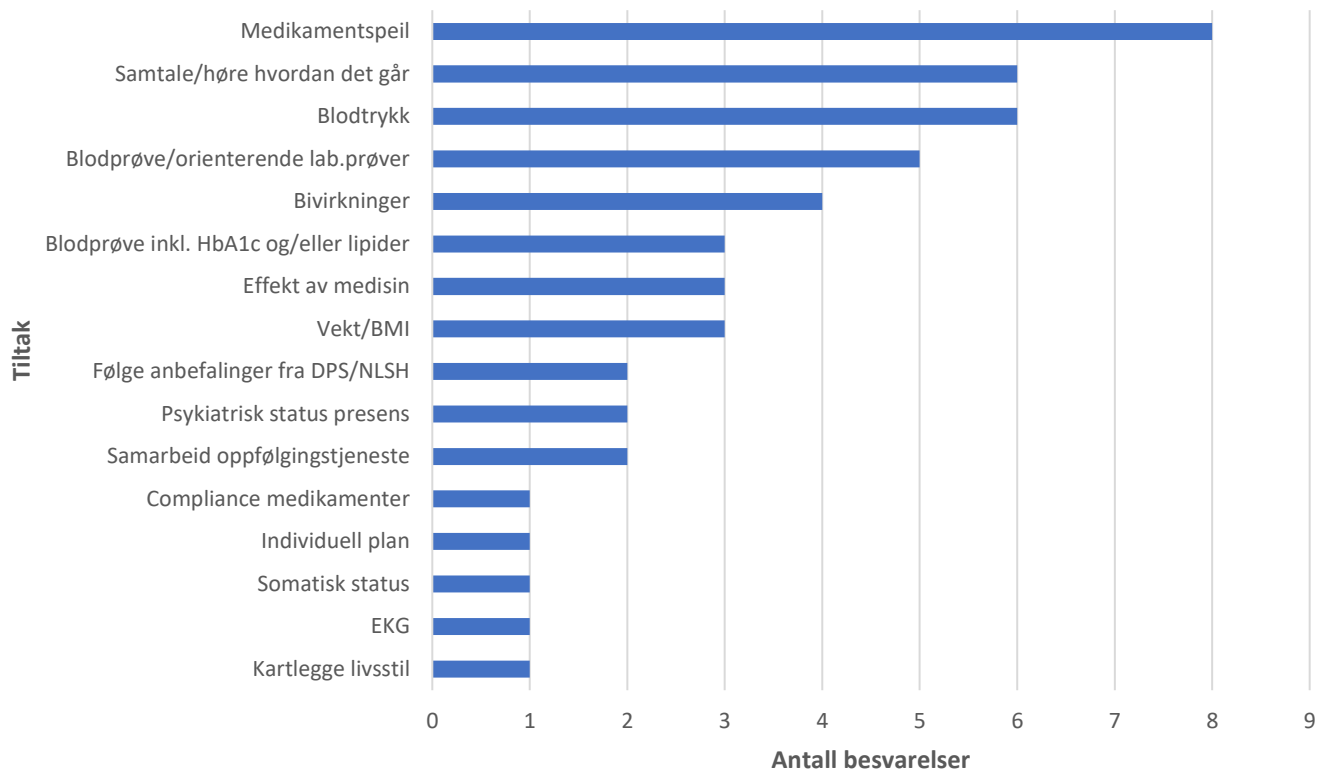
Resultatene i tabell 3 presenterer besvarelser på hva fastlegene følger opp i forhold til kosthold. Et tiltak som går igjen ved oppfølging er innhenting av informasjon om pasientens kosthold, herunder «kostanamnese» og «kostregistrering/kostholdsdagbok» (n=8). Tiltakene er ellers nokså ulikt fordelt. Ved gjennomgang av kodingen er det tre fastleger som ikke angir noen form for tiltak (ingen svar), resterende har angitt en form for tiltak.

**Tabell 4: Tiltak for fysisk aktivitet - hva gjør fastlegene?**



Resultatene i tabell 4 representerer besvarelser på hva fastlegene følger opp i forhold til fysisk aktivitet. «Samtale/motivasjon» er vanligste tiltak for oppfølging. Kun en fastlege «diskutere psykisk/fysisk effekt av fysisk aktivitet». Ved gjennomgang av kodingen er det fire fastleger som ikke angir noen form for tiltak (ingen svar), mens resterende angir en form for tiltak.

**Tabell 5: Tiltak for oppfølging av fiktiv pasient - hva gjør fastlegene?**



I tabell 5 presenteres hvilke tiltak ved oppfølging fastleger iverksetter hos fiktiv pasient (kasus). Tabellen viser fastlegers antall besvarelser per tiltak. Tiltakene som går igjen hos fastlegene er medikamentspeil, samtale/høre hvordan det går, blodtrykk og blodprøver. Ved gjennomgang av kodingen angir alle fastlegene en form for tiltak og majoriteten angir tre eller flere tiltak.

**3.1.3** Sammenheng mellom fastlegers erfaring og a) oppfølging av livsstil og b) fastlegers kjennskap til retningslinjer (forsknings spørsmål 2)

**Tabell 6:** Prosentandel av fastleger som følger opp "somatisk helse" hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse, ut fra antall pasienter i målgruppen fastlegen følger opp (fastlegers erfaring). P-verdi regnet ut fra kjikvadrattest.

Variabel	≤ 10 pasienter i målgruppen (n=8)	> 10 pasienter i målgruppen (n=6)	Totalt (n=14)	p-verdi
Moderat/godt kjent med retningslinjer % (n)	0 % (0)	50% (3)	21 % (3)	0,055
Spør om røyking <sup>1</sup> % (n)	50 % (4)	66 % (4)	57 % (8)	0,627
Diskuterer røykestopp <sup>1</sup> % (n)	25 % (2)	50 % (3)	35 % (5)	0,580
Spør om kosthold <sup>1</sup> % (n)	37 % (3)	33 % (2)	35 % (5)	1
Følger opp kosthold <sup>1</sup> % (n)	37 % (3)	16 % (1)	28 % (4)	0,580
Spør om fysisk aktivitet <sup>1</sup> % (n)	62 % (5)	33 % (2)	50 % (7)	0,592
Følger opp fysisk aktivitet <sup>1</sup> % (n)	37 % (3)	33 % (2)	35 % (5)	1

**1.** «Vanligvis/alltid»

I resultatene i tabell 6 gjenfinnes det ingen statistisk signifikant sammenheng mellom antall pasienter i målgruppen fastlegen følger opp (fastlegers erfaring) og a) oppfølging av livsstil eller b) kjennskap til retningslinjer.

**3.1.4** Sammenheng mellom kjennskap til retningslinjer og oppfølging av livsstil  
(forsknings spørsmål 3)

**Tabell 8:** Prosentandel av fastleger som følger opp livsstil hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse, ut fra om fastlegen er kjent med retningslinjer. P-verdi regnet ut fra kjiqvadrattest.

Variabel	Ingen grad eller i liten grad kjent med retningslinjer (n=11)	Moderat eller i stor grad kjent med retningslinjer (n=3)	Totalt (n=14)	p-verdi
Spør om røyking <sup>1</sup> % (n)	54 % (6)	66 % (2)	57 % (8)	1
Diskuterer røykestopp <sup>1</sup> % (n)	36 % (4)	33 % (1)	35 % (5)	1
Spør om kosthold <sup>1</sup> % (n)	36 % (4)	33 % (1)	35 % (5)	1
Følger opp kosthold <sup>1</sup> % (n)	27 % (3)	33 % (1)	35 % (5)	1
Spør om fysisk aktivitet <sup>1</sup> % (n)	54 % (6)	33 % (1)	50 % (7)	1
Følger opp fysisk aktivitet <sup>1</sup> % (n)	36 % (4)	33 % (1)	35 % (5)	1

**1.** «Vanligvis/alltid»

I resultatene i tabell 8 gjenfinnes det ingen statistisk signifikant sammenheng mellom fastlegers kjennskap til retningslinjer og oppfølging av livsstil.

**3.1.5** Sammenheng mellom ansvars plassering og a) oppfølging av livsstil og b) presisering fra spesialisthelsetjenesten og c) kjennskap til retningslinjer (forskningsspørsmål 4)

**Tabell 9:** Prosentandel av fastleger som følger opp "somatisk helse" hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse ut fra ansvars plassering. P-verdi regnet ut fra kjikvadrattest.

Variabel	Følges hos fastlege sjelden eller av og til (n=6)	Følges hos fastlege vanligvis eller alltid (n=8)	Totalt (n=14)	p-verdi
Moderat/godt kjent med retningslinjer % (n)	0 % (0)	37 % (3)	21 % (3)	0,209
Spør om røyking <sup>1</sup> % (n)	50 % (3)	62% (5)	57 % (8)	1
Diskuterer røykestopp <sup>1</sup> % (n)	50 % (3)	25 % (2)	35 % (5)	0,580
Spør om kosthold <sup>1</sup> % (n)	33 % (2)	37 % (3)	35 % (5)	1
Følger opp kosthold <sup>1</sup> % (n)	16 % (1)	37 % (3)	28 % (4)	0,580
Spør om fysisk aktivitet <sup>1</sup> % (n)	50 % (3)	50 % (4)	50 % (7)	1
Følger opp fysisk aktivitet <sup>1</sup> % (n)	33 % (2)	37 % (3)	35 % (5)	1
<b>Presisering fra spesialisthelsetjenesten (epikrise)</b>				
Somatisk oppfølging <sup>2</sup> % (n)	33% (2)	25 % (2)	28 % (4)	1
Oppfølging av somatiske bivirkninger <sup>3</sup> % (n)	33 % (2)	12 % (1)	21 % (3)	0,538
Oppfølging av livsstilsfaktorer <sup>4</sup> % (n)	16 % (1)	0 % (0)	7 % (1)	0,429

1. «Vanligvis/alltid»
2. Somatisk oppfølging i «moderat» eller «i stor grad» beskrevet i epikrise
3. Oppfølging av somatiske bivirkninger i «moderat» eller «i stor grad» beskrevet i epikrise.
4. Oppfølging av livsstilsfaktorer i «moderat» eller «i stor grad» beskrevet i epikrise.

I resultatene i tabell 9 gjenfinnes det ingen statistisk signifikant sammenheng mellom ansvars plassering og a) oppfølging av livsstil, b) presisering fra spesialisthelsetjenesten eller c) fastlegers kjennskap til retningslinjer.

## 4 Diskusjon

### 4.1 Resultater

#### 4.1.1 Tiltak for somatisk oppfølging (forskningsspørsmål 1)

I denne studien ønsket jeg å undersøke hvordan den somatiske oppfølgingen er hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse hos en gruppe fastleger i Bodø. Resultater som skal besvare første forskningsspørsmål baseres på fritekstsvar, og presenteres i tabell 2 – 5. Jeg kommer primært til å diskutere besvarelsene opp mot litteraturen og Helsedirektoratets anbefalinger for oppfølging av somatisk helse hos psykosepasienter (retningslinjer).

Fastlegene ble spurt om å svare på hvordan de vil følge opp fiktiv pasient (kasus), hvor de ble bedt om å ta med hvilke undersøkelser og blodprøver de mener er aktuelt i oppfølgingen (tabell 5). Tiltakene fastleger iverksetter varierer betydelig mellom fastlegene og er mangelfulle mot Helsedirektoratets anbefalinger (45).

Mine resultater viser at kun 28% (4/14) og 7% (1/14) av fastlegene kartlegger henholdsvis bivirkninger og kardiovaskulære risikofaktorer (livsstil) (tabell 5), på tross av at retningslinjene og litteratur viser til viktigheten av kartlegging, utredning og oppfølging av disse (1, 5, 9, 45). Likevel er det vanskelig å si noe om hva de konkrete tiltakene innebærer i flere av tilfellene. To eksempler her er tiltak som «symptomer» og «blodprøver», som kan innebære mer enn hva jeg kan fortolke. Det må nevnes at «blodprøver» står skrevet som et tiltak i de nasjonale retningslinjene, dvs. at de også er vage og legger muligens opp til at legen må bruke skjønn (45).

Jeg tillater meg å påstå at det ideelt sett burde ha vært 14/14 fastleger (100%) som følger opp tiltak som står beskrevet i retningslinjer, hvilket ville bety at alle fastlegene følger opp eksempelvis bivirkninger, blodtrykk, vekt, blodprøver og livsstil (kardiovaskulære risikofaktorer). Jeg tillater meg å påstå dette da Helsedirektoratet viser til viktighet av en slik oppfølging (45), og den anbefales også av litteraturen (1, 9, 10).

Samlet peker resultatene på oppfølging av livsstil (tabell 2 – 4) i samme retning som tabell 5; ingen fastleger har helt lik strategi for oppfølging, verken for røyking, kosthold eller fysisk aktivitet, og oppfølgingen ser ut til å være mangelfull mot retningslinjene og litteraturens anbefalinger (16, 20).

Den store variasjonen i fastlegers besvarelse kan også peke i retning av at fastlegene ikke har ”universelle”, konkrete planer for hvordan pasienten skal følges opp, noe som samsvarer med

det som sees i litteraturen (14). Videre kan variasjonen henge sammen med tidspress og manglende fremstilling av den reelle kliniske hverdagen, noe som kan innvirke på besvarelse og følgelig resultatene som blir fremstilt. Det kan også tenkes at fastlegene har tolket spørsmålene ulikt, som følgelig kan resultere i forskjellige svar. Dette kan bidra til upålitelige resultater. Det kan også tenkes at faktorer hos pasientene er av betydning, eksempelvis manglende motivasjon slik en dansk studie refererer til (58).

Konsekvensene av mangelfull oppfølging kan forsterkes ved at pasientene oftere har lav sosioøkonomisk status, lav eller ingen utdanning, og følgelig trolig lite kunnskap om emnet enn befolkningen for øvrig (48). For at pasientgruppen skal lykkes med livsstilsendringer (øke fysisk aktivitet, endre kostvaner, røykeslutt) bør informasjon (kunnskap), oppfølging og tilrettelegging vektlegges ifølge litteraturen (44).

Det er mange studier som viser til viktighet av undersøkelse, oppfølging og behandling av psykosepasienter (1, 12), men ifølge en ny studie av Speyer et al. (2016) er det ikke vist at aktiv intervensjon reduserer kardiovaskulære risikofaktorer i denne pasientgruppen (63). Dette peker i retning av at vi trenger mer forskning på *om* og *hvilke(n)* intervensjon(er) som har effekt.

Oppsummert viser resultater i tabell 2 – 5 hvordan de 14 fastlegene i Bodø følger opp somatisk helse, og fungerer som en lokal kartlegging for disse fastlegene. Det er ikke mulig å si noe annet om resultatene enn at det ses variasjon i besvarelser, og at tiltakene er mangelfulle mot retningslinjer i dette utvalget. Vi kan ikke si hvorfor det er slik fordi det er en tversnittstudie.

#### **4.1.2 Sammenheng mellom somatisk oppfølging og 1) fastlegers erfaring, 2) fastlegers kjennskap til retningslinjer og 3) ansvars plassering (forskningsspørsmål 2 – 4)**

For ryddighetens skyld skriver jeg «somatisk oppfølging», ber om at formål 2, 3 og 4 leses.

Resultatene i tabell 6 – 9 viser at det ikke er en statistisk signifikant sammenheng mellom somatisk oppfølging og fastlegers erfaring, ansvars plassering for oppfølging og fastlegers kjennskap til retningslinjer. Nullhypotesene definert i denne studien må derfor beholdes. Dette kan skyldes at utvalget er for lite (se metodediskusjon).

Jeg tillater meg å likevel kommentere på fastlegers kjennskap til retningslinjer og fastlegers erfaring (antall pasienter) fordi p-verdien er 0.055. Siden denne p-verdien var nært det valgte nivået for statistisk signifikans, kontrollerte jeg med å gjennomføre uavhengig t-test ved å



undersøke sammenheng mellom gjennomsnittlig antall pasienter med alvorlig psykisk lidelse og fastlegers kjennskap til retningslinjer. Denne p-verdien var ikke statistisk signifikant (tabell 7, vedlegg). Likevel kan den ovennevnte p-verdien (0.055) indikere at det er verdt å undersøke denne sammenhengen i et større utvalg.

*Fastlegers erfaring* baseres på antall pasienter fastlegen har på listen sin, da det er nærliggende å tenke at flere pasienter gir større mangfold i pasientgrunnlag og mulighet for anskaffelse av mer kunnskap om pasientgruppen, som da igjen kan påvirke den somatiske oppfølgingen av psykosepasientene. En slik sammenheng påvises ikke i denne studien. Dette kan skyldes svakheter i metoden (se nedenfor).

*Ansvarsplassering for oppfølging* baseres på om pasientene hovedsakelig følges opp hos fastlegen. Det er nærliggende å tenke at pasienter som hovedsakelig følges opp av fastlege får beskrevet i epikrisen hvordan pasienten bør følges opp somatisk av spesialisthelsetjenesten (*presisering fra spesialisthelsetjenesten*). Det finnes ikke en slik sammenheng i denne studien. Dette kan skyldes svakheter i metode/utvalg.

Dersom ansvarsplasseringen for oppfølging i større grad plasseres hos fastleger kan man tenke seg at disse fastlegene er godt kjent med retningslinjer og følger opp livsstil hos psykosepasienter da disse legene i større grad blir eksponert for denne pasientgruppen. En slik sammenheng påvises ikke i denne studien. Dette kan også skyldes svakhet i metode/utvalg.

I denne studien påvises det heller ingen statistisk signifikant sammenheng mellom *kjennskap til retningslinjer* og i hvor stor grad disse fastlegene følger opp livsstil. Det er likevel overraskende at bare tre av 14 fastleger kjenner til retningslinjene, men fordi utvalget er lite er det vanskelig å si hvor representativt dette er.

I litteraturen beskrives flere gunstige effekter ved livsstilsendringer for psykosepasienter, herunder både somatiske og psykiske effekter (37-39). Helsedirektoratet har ikke uten grunn anbefalt en slik oppfølging av pasientene i sine retningslinjer (45). Mulige konsekvenser av å ikke følge retningslinjene kan være at somatiske sykdommer ikke oppdages og behandles, noe litteraturen viser til (12), særlig tatt i betraktning at pasientene ofte har dårligere etterlevelse (compliance) og ikke oppsøker helsehjelp (helsetjenester) i like stor grad som befolkningen for øvrig (1, 9, 64). Dette er medvirkende faktorer som gjør det vanskeligere å avdekke sykdom eller risikofaktorer for sykdom, og vanskeligere å lykkes med livsstilsendringer. Andre mulige konsekvenser av å ikke følge retningslinjer er, slik Helsedirektoratet presiserer

”uønsket variasjon og mangel på å fremme god kvalitet i helse- og omsorgstjenesten” (65).

Det er mye som tyder på at disse pasientene har behov for en annen type oppfølging i forhold til livsstilsendringer enn befolkningen for øvrig.

Det er likevel legitimt å spørre om retningslinjene har en konkret betydning for somatisk oppfølging av psykosepasientene, og om det er hensiktsmessig å forbedre retningslinjer hvis de ikke kjennes til og/eller følges. Dette kan ikke besvares i denne studien på bakgrunn av forskningsdesignet, men kanskje finnes det andre, mer effektive virkemidler enn utarbeidelse av retningslinjer, for eksempel obligatoriske kurs for fastleger og/eller egen takst for oppfølging av kardiovaskulære risikofaktorer. Det må også refereres til studien nevnt tidligere, som konkluderer med at det ikke er vist at aktiv intervensjon reduserer kardiovaskulære risikofaktorer (63). Vi trenger derfor mer forskning på om intervensjoner har effekt, og hvilke tiltak som i så fall faktisk er effektive i oppfølging av somatisk helse for denne pasientgruppen i primærhelsetjenesten.

Det er sannsynlig at somatisk helse blir et viktig punkt i ”pakkeforløp for psykisk helse og rus” (57). Mulig dette vil øke bevisstheten av somatisk helse hos disse pasientene både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Forskning kan se nærmere på om implementering av pakkeforløp har betydning for den somatiske oppfølgingen av pasientgruppen.

## 4.2 Diskusjon av materiale og metode (svakheter og styrker)

### 4.2.1 Utvalget

Utvalget er svært begrenset, og er om lag halvparten av det som trengs for at man kan anta at sentralgrenseteoremet er i effekt (66, s. 168 - 172). Det vil dermed være knyttet stor usikkerhet. For å kompensere noe for denne svakheten er det brukt en test som er tilpasset små utvalg, Fishers Eksakt test.

Små utvalg krever videre tydelige avvik fra tilfeldig fordeling for å få signifikante resultater på 5 % signifikansnivå. Målet var å få minst 20 besvarelser (respondenter), noe som ble definert allerede i prosjektbeskrivelsen. Likevel mislyktes jeg med dette, til tross for utsettelse av frist, fem purremailer og personlig oppmøte. Jeg vet ikke hvorfor svarprosenten var lav, men det kan tenkes at spørreskjema var for langt og at mine ambisjoner var for høye og urealistiske.

Studien er eksplorerende og ikke ment å generalisere til alle fastleger. Det er mulig å generalisere til *mitt utvalgsunivers*, men det kan ikke generaliseres utover dette. Det må

likevel nevnes at det kan være problematisk å generalisere til *mitt univers*, på bakgrunn av lite utvalg og lav svarprosent. Med dette mener jeg at det ikke er mulig ut i fra denne studien å si noe sikkert om hvordan fastleger i Bodø by følger opp somatisk helse hos alvorlig psykisk syke, men den kan brukes som en «lokal kartlegging» av respondentene.

Lav svarprosent i kombinasjon med personlig oppmøte på fastlegekontor åpner opp for seleksjonsbias, da fastleger som har besvart spørreskjema kan tenkes å være mer interessert i psykisk helse og/eller har bedre tid.

Det samme gjelder utvelgelsen av de ni fastlegekontorene som også er svak, da studien optimalt sett burde inkludert *alle fastleger i Bodø kommune*, ikke ut i fra fastleger i Bodø by (nært min boplass). I følge Bodø kommune sin hjemmeside er det 14 fastlegekontor i Bodø kommune hvor legevakten er inkludert (67). I fremtidig forskning bør utvalget være mye større, og ikke bare begrenset til Bodø by.

Det er ingen garanti for at *fastleger* har svart på spørreskjema da ansvaret ble lagt på fastlegers sekretærer ved at spørreskjema ble sendt per epost eller gitt manuelt til fastlegene. Dette har det ikke vært mulig å kontrollere for, men man må anta at rette vedkommende har svart på spørreskjemaet for å kunne feste lit til resultatene.

#### **4.2.2. Datainnsamling (spørreskjema)**

Spørreskjema er langt, og øker trolig terskelen for å besvare det. I tillegg kan fritekstsvar også øke terskelen for å svare i det hele tatt og/eller svare utfyllende. Det kan hende at et kortere spørreskjema med kun prestrukturerte spørsmål hadde vært en enklere og bedre tilnærming. Konsekvensen av et langt spørreskjema kan være lav respons.

Betydning av svaralternativene (slik som «sjelden», «av og til», «vanligvis», «alltid») er ikke definert i spørreskjema. Dette gir rom for ulik forståelse og tolkning av svaralternativene, for eksempel kan det tenkes at for én fastlege betyr «av og til» hver tiende pasient, mens for en annen fastlege hver tredje pasient. Svaralternativet «verken eller» ble presisert av én fastlege av å være uforståelig, noe som kan tenkes gjelder flere fastleger. Dette innfører et element av usikkerhet knyttet til tolkningskonsistens mellom respondentene. I tillegg til denne svakheten er navngivningen «verken eller» misvisende da svaralternativet i utgangspunktet var ment å bety «i moderat grad». Videre kan det nevnes at svaralternativet «aldri» ikke var inkludert i listen over mulige svar. Dette gjør at det er innført en skjevhet i svaralternativene, all den tid «alltid» er inkludert. Dette kan være av vesentlig betydning for resultatene.

De oppgitte svaralternativene har mange svaralternativer, noe som både kan regnes som en svakhet og styrke. Svakheten ved mange svaralternativer er at de er vanskeligere å tolke, fordi de ikke er entydige. Når fastleger svarer på et spørreskjema forutsettes det at fastlegene husker hvordan de faktisk følger opp og hvilke tiltak som iverksettes, noe som ikke er mulig å kvalitetssikre, og som følgelig bidrar til metodesvakhet i denne studien.

Da jeg lagde svaralternativene ønsket jeg å få et inntrykk av den somatiske oppfølgingen, og derfor ble svaralternativene nyanserte og mindre entydige. Det skulle vært presisert i spørreskjema hva de enkelte svaralternativene betydde, nettopp fordi de gir rom for skjønnsmessig tolkning. Dette bidrar til metodesvakhet.

Styrken med mange svaralternativer er at den som skal svare på spørreskjema får mulighet til å nyansere svaret, da den som skal svare ikke må svare entydig når det ikke er det. F.eks. kan en tenke seg at spørsmålet «spør du om røyking?» med ”ja” og ”nei” som eneste alternativ, ville medføre enda mindre pålitelige svar da fastlegene muligens ikke hadde kjent seg igjen i disse svaralternativene, altså at de ikke kunne svare for verken det ene eller det andre.

Det ble også brukt åpne spørsmål i spørreskjema, som både kan regnes som en svakhet og styrke. Svakheten ved bruk av åpne spørsmål er at de representerer et generaliseringsproblem (59, s. 252). Selv om svarene kan gi mer utfyllende informasjon enn forhåndsoppgitte svar, kan de sannsynligvis ikke generaliseres på samme måte som de forhåndsoppgitte svarene. Andre svakheter ved åpne spørsmål kan være at fastleger ikke er vant til å uttrykke seg skriftlig, fastlegene kan ha tolket spørsmålene ulikt og det er rom for usikkerhet knyttet til hva som egentlig spørres om og hva jeg ønsket å få svar på. Når slike svar skal analyseres er det fare for at klassifiseringen blir overfladisk (59, s. 252), noe som kan tenkes å være relevant i denne studien.

Styrken ved fritekstbesvarelser (åpne spørsmål) er at fastlegene ikke påvirkes av standardiserte svaralternativer. Dette gir grunnlag for å se hvor samkjørte fastlegene er i forhold til somatisk oppfølging og hvilke tiltak fastleger iverksetter, uten at fastleges bindes eller hjelpes av et lukket sett med svaralternativer.

Av de 24 spørsmålene som ble stilt, ble ikke alle tatt med i denne studien. Dette skyldes et nokså omfattende spørreskjema med flere spørsmål som ikke er relevante for mitt formål. Det er betimelig å stille spørsmål om hvorfor spørsmål som ikke var relevant for formålet ble inkludert i spørreskjema. Dette skyldes at jeg gjennom spørreskjemaet skulle prøve å utforske

hvordan fastleger følger opp flere aspekter ved «somatisk helse» av psykosepasienter, da jeg ikke kunne finne tilsvarende studier i litteraturen. En annen viktig grunn til dette var at formålet ble endret etter at spørreskjema ble utsendt, og formålet i denne studien tar kun for seg et smalt spekter av somatisk kartlegging og oppfølging av psykosepasienter hos en gruppe fastleger.

Spørsmål som ikke ble tatt med i denne studien kan ses på som en svakhet. En grunn til dette er at somatisk oppfølging av psykosepasienter er omfattende og denne studien mangler nyanser i denne oppfølgingen. Spørreskjema dekker flere aspekter ved oppfølging av kardiovaskulære risikofaktorer, og det ble gitt mulighet for begrunnelse i nesten alle besvarelser, selv om disse ikke ble brukt i denne studien.

Det kan tenkes at spørsmålstillingene i spørreskjema muligens ikke var egnet til å fange opp om fastlegene følger de nasjonale retningslinjene som de er pålagt å følge. Det samme gjelder spørsmål om kartlegging og oppfølging av livsstil. En slik usikkerhet knyttet til spørsmålsstilling er metodisk svakt og svekker tillitten til resultatene.

#### **4.2.3 Konstruksjon av variabler og dataanalyse**

Sammenslåingen av svaralternativene («alltid/vanligvis», og «sjelden/av og til», «i stor grad/moderat grad» og «i liten grad/ingen grad») er problematisk og er metodisk svakt fordi «alltid» og «vanligvis» ikke har samme betydning. Likedan er det for de andre svaralternativene. Det er også problematisk at variablenes verdier er knyttet usikker betydning (se avsnitt ovenfor under «spørreskjema»). Det kan være betimelig å stille spørsmål om hvorfor svaralternativene i utgangpunktet ikke var dikotomier. Dette skyldes at jeg ønsket mange svaralternativer for å unngå at fastlegene ble «tvunget» til å svare entydig.

Ved dikotomiseringen av variabelen «fastlegers erfaring», som er basert på antall psykosepasienter fastlegen har på legelisten, er medianen (10) satt som cut-off-verdi. Dette er basert på skjønn, og en slik tilnærming er metodisk svakt. Endring av cut-off-verdien ga ingen statistisk signifikante utslag, bortsett fra når cut-off ble satt til 25 pasienter. Da fikk jeg statistisk signifikant utslag ( $p = 0.033$ ) på sammenhengen mellom «25 eller flere pasienter» ( $n=2$ ) og «fastlegers kjennskap til retningslinjer». Det må også nevnes her at det er en betydelig svakhet at «fastlegers erfaring» baseres på «antall pasienter» og ikke *faktisk* erfaring.

Det kan diskuteres om fritekstsvarene egner seg som kvantitative data. I følge Johannessen et. al betegnes spørreskjema med både prestrukturerte spørsmål og åpne spørsmål som semistrukturert spørreskjema (59, s. 252). Et semistrukturert spørreskjema muliggjør kvalitativ analyse (59, s. 252). Siden materialet i fritekstsvarene var minimale, det vil si at det var svært lite tekst og dermed lite å tolke, ble det heller kodet og grafisk fremstilt kvantitativt. Hensikten var å kartlegge hvilke tiltak fastleger iverksetter ved oppfølging av livsstil og somatisk helse, og det var et poeng å vise hvor mange av fastlegene som iverksatte de ulike tiltakene under oppfølging. Dette kan gjøres ved kvantitativ metode. Åpne spørsmål ble brukt fremfor prestrukturerte spørsmål for å se hvor samkjørte fastlegene er, noe som kan ses på som en svakhet og styrke slik som diskutert tidligere.

#### **4.2.4 Annet**

Det kan ses på som en svakhet at jeg er ikke psykiater eller fastlege og har derfor ikke klinisk erfaring med alvorlig psykisk syke pasienter og hvordan systemet i primær- og spesialisthelsetjenesten fungerer. Av den grunn kan jeg ikke sammenligne klinisk erfaring med forskning og resultatene i denne studien.

Styrker som kan nevnes, er at denne studien ikke er eksternt finansiert og det eksisterer ingen egeninteresser. Jeg er en uavhengig part ved at jeg ikke er psykiater eller jobber i psykiatrien.

Selv om materialet er lite og studien er eksplorerende kan resultatene gi et interessant grunnlag for senere forskning på temaet.

### **4.3 Mulige implikasjoner for senere forskning**

Oppfølging av somatisk sykdom i denne pasientgruppen blant allmennpraktikere er generelt lite undersøkt, og jeg finner ingen forskning fra Norge som har undersøkt akkurat dette (d.17.07.17). Selv om min studie er svært begrenset, kan resultatene underbygge at kardiovaskulære risikofaktorer og sykdommer hos alvorlig psykisk syke bør kartlegges, behandles og følges opp mer systematisk i allmennpraksis. Studien må sees på som eksplorerende, og erfaringene kan danne grunnlag for oppfølgingsstudier med bedre design og større utvalg.

Forskning burde se nærmere på hvordan vi kan følge opp pasientene på best mulig måte og hvilke tiltak som bør iverksettes for å aktivt hindre den økte risikoen for kardiovaskulær sykdom, og gjennom dette redusere den alarmerende høye dødeligheten. Det bør også

undersøkes og kartlegges i større omfang om pasientene underbehandles og underdiagnostiseres i forhold til kardiovaskulære sykdommer.

Det er behov for flere kliniske studier der man undersøker effekt av tiltak på pasienter i målgruppen, men disse studiene må designes slik at man sikrer ekstern validitet. Dette er vanskelig fordi disse pasientene ofte har sammensatte lidelser, krever en rekke ulike tiltak og kan ha redusert samtykkekompetanse til å delta i forskning.

I klinisk praksis kan resultatene i denne studien understøtte at kardiovaskulære risikofaktorer bør kartlegges hos alle pasienter med en alvorlig psykisk lidelse, og at psykiske og fysiske symptomer må følges opp parallelt.

Hvis jeg skulle ha undersøkt dette temaet i videre forskning ville jeg ha gjort følgende:

- Større og mer representativt utvalg
- Flere opplysninger om gruppen fastleger (alder, kjønn, erfaringsbakgrunn etc.)
- Opplysninger om antall pasienter på legelisten og antall pasienter (gjennomsnitt) på en dag
- Gjennomsnittlig konsultasjonsvarighet
- Kortere spørreskjema
- Mer entydige svaralternativer
- Unngå fritekstsvar, f.eks. legge ved blodprøveskjema og skjema hvor flere alternativer for oppfølging inngår (både fra retningslinjer, forskningens anbefalinger og motsetninger – svaralternativer som «ikke» anbefales av retningslinjer).
- Innsyn i pasienters journaldokumenter hos fastlegen for å undersøke objektive undersøkelser som blodprøver, vekt og blodtrykk og ev. somatisk komorbiditet og hvilke tiltak/behandling som iverksettes.



## 5 Konklusjon

På grunn av studiens metodesvakheter er det vanskelig å si noe sikkert om hvordan den somatiske oppfølgingen av psykosepasienter er hos denne gruppen fastleger i Bodø.

Tiltak som angis ved somatisk oppfølging av psykosepasientene hos fastlegene i denne studien varierer mellom respondentene, og svarene kan peke i retning av at oppfølgingen ut fra retningslinjenes anbefalinger er mangelfull. Hos denne gruppen fastleger påvises det ingen statistisk signifikant sammenheng mellom somatisk oppfølging og fastlegers erfaring, kjennskap til retningslinjer eller ansvars plassering for oppfølging.

Jeg finner ingen forskning i norsk kontekst per dags dato (17.07.17) på oppfølging av kardiovaskulære risikofaktorer for alvorlig psykisk syke i allmennpraksis. Av den grunn er resultatene i denne studien verdt å undersøke videre i en større, mer representativ studiepopulasjon.

## 6 Referanser

1. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J*. 2005;150(6):1115-21.
2. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2011;199(6):453-8.
3. Høy A, Jacobsen BK, Hansen V. Increasing mortality in schizophrenia: are women at particular risk? A follow-up of 1111 patients admitted during 1980-2006 in Northern Norway. *Schizophr Res*. 2011;132(2-3):228-32.
4. Osby U, Westman J, Hallgren J, Gissler M. Mortality trends in cardiovascular causes in schizophrenia, bipolar and unipolar mood disorder in Sweden 1987-2010. *Eur J Public Health*. 2016;26(5):867-71.
5. Laursen TM, Munk-Olsen T, Gasse C. Chronic somatic comorbidity and excess mortality due to natural causes in persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *PLoS One*. 2011;6(9):e24597.
6. Brown S, Kim M, Mitchell C, Inskip H. Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2010;196(2):116-21.
7. Olfson M, Gerhard T, Huang C, Crystal S, Stroup TS. Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(12):1172-81.
8. Lawrence D, Hancock KJ, Kisely S. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ*. 2013;346:f2539.
9. Perez-Pinar M, Mathur R, Foguet Q, Ayis S, Robson J, Ayerbe L. Cardiovascular risk factors among patients with schizophrenia, bipolar, depressive, anxiety, and personality disorders. *Eur Psychiatry*. 2016;35:8-15.
10. Azad MC, Shoesmith WD, Al Mamun M, Abdullah AF, Naing DK, Phanindranath M, et al. Cardiovascular diseases among patients with schizophrenia. *Asian J Psychiatr*. 2016;19:28-36.
11. Mitchell AJ, Vancampfort D, Sweers K, van Winkel R, Yu W, De Hert M. Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders--a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2013;39(2):306-18.
12. Beary M, Hodgson R, Wildgust HJ. A critical review of major mortality risk factors for all-cause mortality in first-episode schizophrenia: clinical and research implications. *J Psychopharmacol*. 2012;26(5 Suppl):52-61.
13. Mitchell AJ, Lord O. Do deficits in cardiac care influence high mortality rates in schizophrenia? A systematic review and pooled analysis. *J Psychopharmacol*. 2010;24(4 Suppl):69-80.
14. Oud MJ, Meyboom-de Jong B. Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care. *BMC Fam Pract*. 2009;10:32.
15. Organization WH. Tobacco: World Health Organization; [updated May 2017. [besøkt 2017 26.02]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>.
16. Marc De Hert<sup>1</sup> DC, Julio Bobes<sup>3</sup>, Marcelo Cetkovich-Bakmas<sup>4</sup>, Stefan Leucht<sup>5</sup>, David M. Ndeti<sup>6</sup>, John W. Newcomer<sup>7</sup> RU, Itsuo Asai<sup>9</sup>, Hans-Jürgen Möller<sup>10</sup>, Shiv Gautam<sup>11</sup>, Johan Detraux<sup>1</sup> CUC. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. 2011.

17. Garcia-Portilla MP, Saiz PA, Benabarre A, Florez G, Bascaran MT, Diaz EM, et al. Impact of substance use on the physical health of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2010;121(6):437-45.
18. Sentralbyrå S. Røykevaner, 2015 Norge: Statistisk sentralbyrå; 2016 [[besøkt 2017 23.03]. Available from: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/royk/aar/2016-01-14>.
19. Peckham E, Bradshaw TJ, Brabyn S, Knowles S, Gilbody S. Exploring why people with SMI smoke and why they may want to quit: baseline data from the SCIMITAR RCT. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2016;23(5):282-9.
20. Helsedirektoratet. Røykeslutt for pasienter med psykiske lidelser Norge: Helsedirektoratet; 2016 [[besøkt 2017 20.02]. Available from: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/roykeavvenning/seksjon?Tittel=roykeslutt-for-pasienter-med-5768>.
21. Cook BL, Wayne GF, Kafali EN, Liu Z, Shu C, Flores M. Trends in smoking among adults with mental illness and association between mental health treatment and smoking cessation. *JAMA.* 2014;311(2):172-82.
22. Kumari V, Postma P. Nicotine use in schizophrenia: the self medication hypotheses. *Neurosci Biobehav Rev.* 2005;29(6):1021-34.
23. McNeill A. Smoking and mental health - a review of the literature. London: St. George's Hospital Medical School; 2001. 30 p.
24. Lawn S, Champion J. Achieving smoke-free mental health services: lessons from the past decade of implementation research. *Int J Environ Res Public Health.* 2013;10(9):4224-44.
25. Dickens G, Stubbs J, Popham R, Haw C. Smoking in a forensic psychiatric service: a survey of inpatients' views. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2005;12(6):672-8; quiz 8.
26. Wye P, Bowman J, Wiggers J, Baker A, Knight J, Carr V, et al. Total smoking bans in psychiatric inpatient services: a survey of perceived benefits, barriers and support among staff. *BMC Public Health.* 2010;10:372.
27. Siru R, Hulse GK, Tait RJ. Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. *Addiction.* 2009;104(5):719-33.
28. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2014;348:g1151.
29. Henningfield JE, Miyasato K, Jasinski DR. Abuse liability and pharmacodynamic characteristics of intravenous and inhaled nicotine. *J Pharmacol Exp Ther.* 1985;234(1):1-12.
30. Erik Dybing TS. Nikotinavhengighet - medisinsk-biologiske forhold *Tidsskriftet*2002 [[besøkt 2017 23.05.17]. Available from: <http://tidsskriftet.no/2002/01/tema-royking/nikotinavhengighet-medisinsk-biologiske-forhold>.
31. Hughes JR, Gust SW, Skoog K, Keenan RM, Fenwick JW. Symptoms of tobacco withdrawal. A replication and extension. *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48(1):52-9.
32. Smith RC, Singh A, Infante M, Khandat A, Kloos A. Effects of cigarette smoking and nicotine nasal spray on psychiatric symptoms and cognition in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology.* 2002;27(3):479-97.
33. Brodal P. Sentralnervesystemet. 5 utgave. Oslo: Universitetsforlaget; 2013. 611 p.
34. Norge H. Psykisk helse og fysisk aktivitet Norge: Helse Norge; [updated 23.05.2017. [besøkt 2017 26.05]. Available from: <https://helsenorge.no/psykisk-helse/psykisk-helse-og-fysisk-aktivitet>.

35. Helsedirektoratet. Statistikk om fysisk aktivitetsnivå og stillesitting: Helsedirektoratet; [updated 17.06.16. Available from: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/statistikk-om-fysisk-aktivitetsniva-og-stillesitting>.
36. Helsedirektoratet. Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. 610 p.
37. Firth J, Stubbs B, Rosenbaum S, Vancampfort D, Malchow B, Schuch F, et al. Aerobic Exercise Improves Cognitive Functioning in People With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophr Bull.* 2016.
38. Scheewe TW, Backx FJ, Takken T, Jorg F, van Strater AC, Kroes AG, et al. Exercise therapy improves mental and physical health in schizophrenia: a randomised controlled trial. *Acta Psychiatr Scand.* 2013;127(6):464-73.
39. Kimhy D, Vakhrusheva J, Bartels MN, Armstrong HF, Ballon JS, Khan S, et al. The Impact of Aerobic Exercise on Brain-Derived Neurotrophic Factor and Neurocognition in Individuals With Schizophrenia: A Single-Blind, Randomized Clinical Trial. *Schizophr Bull.* 2015;41(4):859-68.
40. Twyford J, Lusher J. Determinants of exercise intention and behaviour among individuals diagnosed with schizophrenia. *J Ment Health.* 2016;25(4):303-9.
41. Yung AR, Firth J. How should physical exercise be used in schizophrenia treatment? *Expert Rev Neurother.* 2017;17(3):213-4.
42. Lindamer LA, McKibbin C, Norman GJ, Jordan L, Harrison K, Abeyesinhe S, et al. Assessment of physical activity in middle-aged and older adults with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2008;104(1-3):294-301.
43. Subramaniapillai M, Arbour-Nicitopoulos K, Duncan M, McIntyre RS, Mansur RB, Remington G, et al. Physical activity preferences of individuals diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder. *BMC Res Notes.* 2016;9:340.
44. Veenstra M, Slagsvold B. Hva betyr utdanning for vår helseatferd? Norge: Statistisk sentralbyrå; 2009 [[besøkt 2017 24.02]. Available from: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/hva-betyr-utdanning-for-vaar-helseatferd>.
45. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser: Helsedirektoratet; 2013. 182 p.
46. Jensen J. Plastisitet Store medisinske leksikon2016 [[besøkt 2017 22.05.17]. Available from: <https://sml.snl.no/plastisitet>.
47. Mjelle N. Forståelsen av hjernefunksjon - et historisk perspektiv: *Tidsskriftet;* 2001 [[besøkt 2017 25.04.17]. Available from: <http://tidsskriftet.no/2001/04/kronikk/forstaelsen-av-hjernefunksjon-et-historisk-perspektiv>.
48. Helsedirektoratet. Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. 24 p.
49. Kirchengast S. Physical Inactivity from the Viewpoint of Evolutionary Medicine. *Sports.* 2014;2(2):34-50.
50. Stroup TS, Marder S. Pharmacotherapy for schizophrenia side effect management UpToDate [updated Dec 01, 2016. [besøkt 2017 24.05]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-schizophrenia-side-effect-management?source=related\\_link](https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-schizophrenia-side-effect-management?source=related_link).
51. Stroup TS, Marder S. Pharmacotherapy for schizophrenia: Acute and maintenance phase treatment UpToDate [updated 2017. [besøkt 2017 17.03]. Available from:

[https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-schizophrenia-acute-and-maintenance-phase-treatment?source=search\\_result&search=schizophrenia-treatment&selectedTitle=1~150](https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-schizophrenia-acute-and-maintenance-phase-treatment?source=search_result&search=schizophrenia-treatment&selectedTitle=1~150).

52. Zimbron J, Khandaker GM, Toschi C, Jones PB, Fernandez-Egea E. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of treatments for clozapine-induced obesity and metabolic syndrome. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2016;26(9):1353-65.
53. Rajkumar A, Horsdal HT, Wimberley T, Cohen D, Mors O, Børghlum A, et al. Endogenous and Antipsychotic-Related Risk for Diabetes Mellitus in Young People With Schizophrenia: A Danish Population-Based Cohort Study. *The American journal of psychiatry*. 2016.
54. Torniaainen M, Mittendorfer-Rutz E, Tanskanen A, Bjorkenstam C, Suvisaari J, Alexanderson K, et al. Antipsychotic treatment and mortality in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2015;41(3):656-63.
55. Helsedirektoratet. Somatisk helsetilstand: Helsedirektoratet; 2013 [[besøkt 2017 10.08]. Available from: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/8.behandling-og-oppf%C3%B8lging/somatisk-helsetilstand>.
56. Anderson J, Parker W, Steyn NP, Grimsrud A, Kolbe-Alexander T, Lambert EV, et al. Interventions on diet and physical activity: What Works. Summary report.: World Health Organization; 2009.
57. Helsedirektoratet. Pakkeforløp for psykisk helse og rus Helsedirektoratet.no: Helsedirektoratet; Ukjent [[besøkt 2017 17.08]. Available from: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus - bakgrunn-og-mandat>.
58. Hansen MV, Hjorth P, Kristiansen CB, Vandborg K, Gustafsson LN, Munk-Jørgensen P. Reducing cardiovascular risk factors in non-selected outpatients with schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry*. 2016;62(4):369-76.
59. Johannessen A, Kristoffersen L, Tufta PA. *Forskningsmetode for økonomiske og administrative fag*. 2 ed. Oslo: Astrakt forlag; 2004. 430 p.
60. Hellevik O. *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. 7 ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2011. 487 p.
61. Kirkwood BR, Stern J. *Medical statistics* 2ed. UK: Blackwell; 2003. 501 p.
62. Aarnes H. *Litt statistikk*. Institutt for biovitenskap. 2011 [[besøkt 2017 03.07]. Available from: <http://www.mn.uio.no/ibv/tjenester/kunnskap/plantefys/matematikk/stat.html>.
63. Speyer H, Christian Brix Norgaard H, Birk M, Karlsen M, Storch Jakobsen A, Pedersen K, et al. The CHANGE trial: no superiority of lifestyle coaching plus care coordination plus treatment as usual compared to treatment as usual alone in reducing risk of cardiovascular disease in adults with schizophrenia spectrum disorders and abdominal obesity. *World Psychiatry*. 2016;15(2):155-65.
64. Chandra IS, Kumar KL, Reddy MP, Reddy CM. Attitudes toward Medication and Reasons for Non-Compliance in Patients with Schizophrenia. *Indian J Psychol Med*. 2014;36(3):294-8.
65. Helsedirektoratet. Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer Helsedirektoratet.no2012 [[besøkt 2017 02.08]. Available from: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/184/Veileder-for-utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer-IS-1870.pdf>.

66. Field A. *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. 4.th ed. Los Angeles: SAGE publication; 2013.
67. Røberg DC. *Legekontorer og legesentre i Bodø kommune*: Bodø kommune; 2013 [updated 27.07.17. [besøkt 2017 30.07]. Available from: <http://bodo.kommune.no/fastlegeordningen/legekontorer-og-legesentre-i-bodo-kommune-article45468-4121.html>.

## 7 Vedlegg

### 7.1 Tabeller (resultater)

**Tabell 7:** Gjennomsnittlig antall pasienter fastlegen har på listen (m) og fastlegers kjennskap til retningslinjer. P-verdi regnet ut fra uavhengig t-test.

Kjent med retningslinjer	Ja <sup>1</sup>	Nei	p-verdi
Gjennomsnittlig antall pasienter, m (SA)	20 (8)	9 (3,5)	0,137

1. Kjent med retningslinjer i «moderat» eller «i stor grad».

I resultatene i tabell 7 gjenfinnes det ingen statistisk signifikant sammenheng mellom gjennomsnittlig antall pasienter fastlegen har på listen og fastlegers kjennskap til retningslinjer.



## 7.2 Koding (dataanalyse)

### Kodeskjema for tabell 2:

FL <sup>1</sup>	Fritekstbesvarelser fra spørsmål 7: «Hvilke konkrete tiltak gjør du for røykeslutt/røyestopp?»	Koding
1	1. Snakker kort om risiko for sykdom ved røyking, merker fort om de er mottakelige for mer samtale eller ikke. Om de er mottakelig, snakker jeg mer utfyllende om risiko og hjelp til røykeslutt	Samtale/motivasjon
2	1. Samtaler/motivasjon 2. Medikamentell hjelp	Informasjon om kurs/hjelpemidler
3	1. Spør om motivasjon	
4	1. Arrangerer en samtale med en opplært KOLS sykepleier 2. Anbefaler et kurs om røykestopp 3. Følger opp utvikling ved neste kontakt	Medikamentell støtte
5	1. Råd om rutineendringer 2. Ev medikasjon dersom ikke kontraind.	
6	1. Kartlegger motivasjon for røykestopp 2. Tilbyr oppfølging/hjelp hvis motivert	Informasjon om helserisiko
7	1. Kartlegge motivasjon 2. Info om hjelpemidler 3. Argumenterer for å øke motivasjon	Aktiv plan med oppfølging
8	1. Spør om det! 2. Tilby Champix	Aktiv bistand i kontakt med kurs/hjelpemidler
9	1. Informerer om hjelpemidler 2. Info om røykesluttkurs 3. Diskutere motivasjon for slutt	
10	1. Motivasjon/ønske 2. Planlegge slutt - sette dato 3. Utsette røyk, 5 -> 15 min siste 2 uker. Slutte hand/fingre siste 2 uker 4. Nicorette, ikke champix.	
11	1. Saklig info om røyking og helserisiko 2. Drøfte hvorfor røyk kan bidra til følelsesregulering 3. Finne alternativ følelsesreg. 4. Sette konkrete mål, dato for røykeslutt.	
12	1. Spør om ønsker å slutte og hva som må til for å lykkes	
13	1. Motiverende samtale 2. Spirometri 3. Behandle bronkitt 4. Vurdere behovet for rtg.thorax	
14	1. Sonderer motivasjon 2. Snakker om risiko 3. Ev tilby kurs, hjelpemidler for røykeslutt	

1. FL står for fastlege, og gjelder for alle tabeller vedlagt.

*Kodeskjema for tabell 3:*

FL	Fritekstbesvarelse om kosthold fra spørsmål 9: «Hvis du følger opp, hvordan gjør du det?»	Koding
1	• Spør om dette på hver kontrolltime	Kostanamnese Kostregistrering/kostholdsdagbok Kostholdsråd Motivere til fysisk aktivitet Samarbeid med oppfølgingstjenesten Henvise til Frisklivssentralen Vekt
2	• Ber de skrive kostholdsdagbok • Motivere til fysisk aktivitet • (Alt dersom pasienten ønsker!)	
3	Ingen svar	
4	Spørsmål om matlyst, måltider, regelmessighet, vanlig spist mattyper, mengde, bl.a	
5	Ingen svar	
6	Dette er ofte del av somatisk oppfølging-fokus dersom de også har hypertensjon og/eller diabetes	
7	Vekt-samtale	
8	Snakker om kost og gir råd og veiledning. Henvist til rehabilitering, men det ble avvist	
9	Ingen svar	
10	Kostsamtale og fysisk aktivitet	
11	Kostregistrering. Ev. Henvisning til "Bra mat"-kurs.	
12	Prøver å kartlegge kostvaner, gir enkle råd, samarbeider med oppfølgingstjenesten i kommunen ved behov.	
13	Tar kostanamnese, ser hvor de kan kutte. Tilbyr oppfølging av vekt ukentlig/månedlig eller sammen med oppfølgingstjenesten. Frisklivssentralen og økt fysisk aktivitet hvis mulig.	
14	Vekt, kostregistrering, Kostholdsråd.	

*Kodeskjema for tabell 4:*

FL	Fritekstbesvarelse om fysisk aktivitet for spørsmål 10: «Hvis du følger opp, hvordan gjør du det?»	Koding
1	• Tar dette opp på kontrolltimer	Samtale/motivasjon Råd/tips om aktiviteter Samtale om/kartlegge treningsformer Henvise til Frisklivssentralen/Aktiv hverdag/fysioterapi Diskutere psykisk/fysisk effekt av fysisk aktivitet
2	• Samtale om mulige treningsformer • Motiverer til aktivitet	
3	Ingen svar	
4	Spm. om daglige aktiviteter, daglige rutiner, evt treningstype, hyppighet av trening, er pas glad i det, bl.a.	
5	Kartlegge motivasjon, motivere til å fortsette, ev frisklivssentralen	
6	Ingen svar	
7	Ingen svar	
8	Henvise til Aktiv Hverdag eller Frisklivssentralen, fysioterapeut	
9	Ingen svar	
10	Konkret mht hvilken aktivitet de gjør. Innspill om hva som gir best kaloriforbrenning. Styrketrening.	
11	Drøfter effekt psykisk av den fysiske aktiviteten. Motiverer.	
12	Motiverende samtale, tips om aktiviteter	
13	Spør om daglige turer, ergometersykel. Hva du liker å gjøre. Hva som motiverer til mer aktivitet. Villa vekst og turer der +++.	
14	Motivasjonssamtale	

*Kodeskjema for tabell 5:*

FL	Fritekstbesvarelser fra spørsmål 1 kasus: «Hvordan vil du følge opp pasienten?»	Koding
1	1. Høre med kommunal psykiatritjeneste hvordan det går med pas (de fleste med alvorlig psykisk sykdom kommer iflg med dem), spesielt i forhold til angst, søvn 2. Ta s-speil medikament 3. Tatt orienterende blodprøver om det er lenge siden det er tatt 4. Forsikre meg om at pas har tatt sine foreskrevne medisiner	Medikamentspeil  Samtale/høre hvordan det går
2	1. Samtale 2. Samarbeid med oppfølgingstjeneste 3. Medikamentspeil	Blodtrykk
3	1. Anamnese 2. Medikamentspeil 3. Fellesstrategi?¹ med samarbeid med psykiater	Blodprøve/orienterende lab.prøver
4	1. Jeg tar undersøkelser og labprøver som ble nevnt fra DPS	Bivirkninger
5	1. Effekt av medisin 2. Bivirkninger 3. Lab.profil (orienterende). Speil Cisordinol	Blodprøve inkl.HbA1c og/eller lipider
6	1. Avhenger av hva som er beskjeden/planen 2. Blodtrykk 3. Psykiatrisk status presens 4. Evt. blodprøver Hb, Na, K, Kreatinin, leukocytter, ASAT, ALAT, HbA1c, stoffskifte	Effekt av medisin
7	1. Status - hvordan går det? 2. Opplevelse av effekt av startet behandling? 3. Bivirkning. Negative effekter. 4. Evt BT/puls. 5. Medikamentspeil/leverfunksjonsprøver	Vekt/BMI  Følge anbefalinger fra DPS/NLSH
8	1. Samtale med fokus på symptomer/bivirkninger 2. Speil 3. Hematologi/leverprøver/kolesterol 4. BT? EKG? Vekt? - Blir ofte glemmt!	Psykiatrisk status presens  Samarbeid med oppfølgingstjeneste
9	1. Vekt 2. BT 3. Blodprøver inkl. HbA1c og lipider 4. Høre hvordan det går. 5. Høre om pas. eller oppfølgingstjenesten har noen problemer som bør følges opp	Compliance medikamenter  Individuell plan
10	1. Samtale + kartlegge positive og negative symptomer 2. BT 3. Blod inklusive S-speil og kolesterol hvis ukjent 4. BMI	Somatisk status  EKG
11	1. Gjennomgang epikrise med pasienten 2. Pasientens beskrivelse av aktuell situasjon 3. Gjennomgå somatisk status 4. Drøfte om ansvar-gruppe¹/ Individuell plan er aktuelt	Kartlegge livsstil
12	1. Anamnese vedrørende effekt og evt. bivirkninger 2. Nyrefunksjon 3. BT 4. Vekt	
13	1. Først forhøre meg om symptomer, søvn, helseplager. 2. Speil av Olanzapin. Hb + leucocytter. TSH, FT4. Vitamin D + jern og andre vitaminer. 3. Røyking, vekt, fysisk aktivitet	
14	1. BT, puls. 2. Lavb: el.lytter, hematologi + lever og nyrestatus 3. Ev. EKG hvis indikasjon	

**1. Usikker betydning**

### 7.3 Tabeller før sammenslåing av data

*Datamateriale for tabell 6 og 7: «Fastlegers erfaring»:*

**Tabell A:** Oversikt over fastlegene og antall pasienter de oppgir i spørreskjema:

	Schizofreni	Bipolar lidelse	Totalt
Fastlege 1	3	3	6
Fastlege 2	1	6	7
Fastlege 3	3	3	6
Fastlege 4	3	4	7
Fastlege 5	6	4	10
Fastlege 6	5	20	25
Fastlege 7	5	10	15
Fastlege 8	5	10	15
Fastlege 9	5	5	10
Fastlege 10	5	20	25
Fastlege 11	5	8	13
Fastlege 12	2	6	8
Fastlege 13	8	3	11
Fastlege 14	2	4	6

*Datamateriale for tabell 8: «Kjennskap til retningslinjer»:*

**Tabell C:** Oversikt over besvarelse angående retningslinjer. Spørsmål 11: "Det er utarbeidet retningslinjer for hva en skal følge opp og intervensjon hos pasienter [...]"

Spørsmål i spørreskjema	Totalgruppe n=14	
	%	antall (n)
<i>Er du kjent med disse retningslinjene?</i>	Ingen grad	28.6 4
	I liten grad	50.0 7
	Verken eller	14.3 2
	I stor grad	7.1 1

Datamateriale for tabell 9: "Ansvarsplassering for oppfølging":

Tabell B: Oversikt over hvordan pasienter følges opp. Spørsmål 3: "Hvordan følges opp, i grove trekk, pasienter med alvorlig psykisk lidelse hos deg som fastlege?"

Spørsmål i spørreskjema	Totalgruppe n=14	
	%	antall (n)
<i>Følges hovedsakelig hos meg, henviser til DPS/NLSH* ved behov</i>	Sjelden	7.1 1
	Av og til	35.7 5
	Vanligvis	42.9 6
	Alltid	14.3 2

\* NLSH = Nordlandssykehuset, DPS = Distriktpsykiatrisk senter

Datamateriale for tabell 6 – 9: «Somatisk helse»:

Tabell D: Oversikt over besvarelse angående epikrise. Spørsmål 4 - 7.

Spørsmål i spørreskjema	Totalgruppe n=14	
	%	antall (n)
<i>Står det beskrevet i epikrise fra psykiatrisk SH hvordan pasienten skal følges opp i forhold til somatiske risikofaktorer (blodprøver, kontroller, vekt etc.)?</i>	Ingen grad	0.0 0
	I liten grad	71.4 10
	Verken eller	28.6 4
	I stor grad	0.0 0
<i>Står det beskrevet i epikrise fra psykiatrisk SH hvordan pasienten skal følges opp i forhold til somatiske bivirkninger av antipsykotika (blodprøver, kontrollhyppighet, vekt, dosejustering etc.)?</i>	Ingen grad	7.1 1
	I liten grad	71.4 10
	Verken eller	21.4 3
	I stor grad	0.0 0
<i>Blir det presisert i epikrisen hvordan pasienten skal følges opp i forhold til livsstil (vekt, røyking, aktivitet etc.) etter innleggelse eller poliklinisk behandling?</i>	Ingen grad	50.0 7
	I liten grad	42.9 6
	Verken eller	7.1 1
	I stor grad	0.0 0

**Tabell E:** Oversikt over fastlegers besvarelse om røyking. Spørsmål 5 – 6.

Spørsmål i spørreskjema	Totalgruppe n=14	
	%	antall (n)
<i>Hvor ofte spør du pasienter med alvorlig psykisk lidelse om røyking?</i>	Sjelden	0.0 0
	Av og til	42.9 6
	Vanligvis	35.7 5
	Alltid	21.4 3
<i>Hvor ofte diskuterer du tiltak for røykestopp med pasienter med alvorlige psykiske lidelser?</i>	Sjelden	21.4 3
	Av og til	42.9 6
	Vanligvis	21.4 3
	Alltid	14.3 2

**Tabell F:** Oversikt over fastlegers besvarelse om kosthold. Spørsmål 9.

Spørsmål i spørreskjema	Totalgruppe n=14	
	%	antall (n)
<i>Spør du pasienter med alvorlig psykisk lidelse om kosthold?</i>	Sjelden	14.3 2
	Av og til	50.0 7
	Vanligvis	28.6 4
	Alltid	7.1 1
<i>Følger opp kosthold</i>	Sjelden	14.3 2
	Av og til	57.1 8
	Vanligvis	21.4 3
	Alltid	7.1 1

Tabell G: Oversikt over fastlegers besvarelse om fysisk aktivitet. Spørsmål 10.

Spørsmål i spørreskjema	Totalgruppe n=14	
	%	antall (n)
<i>Spør du pasienter med alvorlig psykisk lidelse om fysisk aktivitet?</i>	Sjelden	0.0 0
	Av og til	50.0 7
	Vanligvis	35.7 5
	Alltid	14.3 2
<i>Følger opp fysisk aktivitet</i>	Sjelden	7.1 1
	Av og til	57.1 8
	Vanligvis	28.6 4
	Alltid	7.1 1

## 7.4 Spørreskjema

Forsiden av spørreskjema tas ikke med her.

### **SPØRREUNDERSØKELSE 2017 – Oppfølging av alvorlig psykisk syke i allmennpraksis**

Forord

Til deg som fastlege,

Jeg er en 5 års medisinstudent fra Bodø som skal skrive en masteroppgave vår 2017 under veiledning av professor og psykiater Anne Høye.

I regi av min masteroppgave har jeg utarbeidet et spørreskjema hvor det er ønskelig at fastleger skal delta da masteroppgaven omhandler oppfølging av alvorlig psykisk syke pasienter i allmennpraksis. I den forbindelse trenger jeg din hjelp.

Alt vil bli anonymisert, det vil si at jeg ikke kommer til å bruke ditt navn eller legekontor i masteroppgaven. Prosjektet innebærer ikke pasientundersøkelser eller konkret informasjon om enkeltpasienter. Opplysningene jeg trenger er hvordan du generelt sett følger opp og behandler pasientene.

Formålet med masteroppgaven er å undersøke hvordan pasienter med alvorlig psykisk lidelse følges opp i allmennpraksis, med fokus på risikofaktorer for somatisk sykdom.

For meg er det viktig at resultatene gjenspeiler en reell klinisk hverdag, ikke hvordan du ideelt ville handlet. Ber deg derfor svare ærlig og ut i fra din kliniske hverdag og erfaring. Les gjerne alle svaralternativene under hvert spørsmål før du svarer.

Forhåpentligvis vil masteroppgaven være nyttig for oss leger, da det vil kunne bidra til å



forbedre eventuelle retningslinjer slik at pasientene følges opp og blir behandlet på best mulig måte.

Ta kontakt hvis noe er uklart.

**Svarfrist: 10 februar 2017**

Tusen takk for at du deltar og på forhånd mange takk.

Vennlig hilsen

Amila Resulbegovic

Tlf: 41460002 Epost: [amilaresulbegovic@gmail.com](mailto:amilaresulbegovic@gmail.com)

**1. Hvor mange pasienter med psykoselidelser (herunder pasienter med schizofreni og bipolar lidelse) har du som fastlege på din liste?**

Schizofreni – antall (circa):

Bipolar lidelse – antall (circa):

**2. Hvordan oppstår vanligvis kontakt mellom deg som fastlege og en pasient med kjent psykoselidelse? Svar ved å sette inn X slik at det ser ut som dette: [ X ] eller kryss av for hånd.**

*Jeg innkaller pasienten på bakgrunn av epikrise eller kontakt på initiativ fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste*

[ ] Sjelden

[ ] Av og til

[ ] Vanligvis

Alltid

*Jeg innkaller pasienten på bakgrunn av epikrise eller kontakt på initiativ fra somatisk spesialisthelsetjeneste*

Sjelden

Av og til

Vanligvis

Alltid

*Pasienten tar kontakt på eget initiativ*

Sjelden

Av og til

Vanligvis

Alltid

*Jeg kontaktes av de som følger opp pasienten i kommunen*

Sjelden

Av og til

Vanligvis

Alltid

*Jeg kontaktes av pårørende*

Sjelden

Av og til

Vanligvis

Alltid

**3. Hvordan følges opp, i grove trekk, pasienter med alvorlig psykisk lidelse hos deg som fastlege?** Svar ved å sette inn X eller kryss av for hånd.

*Følges hovedsakelig hos meg, henviser til DPS/ NLSH ved behov:*

Sjelden

Av og til

Vanligvis

Alltid

*Følges opp hovedsakelig ved DPS/NLSH, henvises til videre oppfølging hos meg ved behov:*

Sjelden

Av og til

Vanligvis

Alltid

**4. Når du følger opp pasienter med alvorlig psykisk lidelse, hva er de vanligste problemstillingene?** Svar ved å sette inn X eller kryss av for hånd.

*Behov for kontroll og justering av medikamentell behandling:*

Sjelden

Av og til

Vanligvis

Alltid

*Behov for undersøkelse/behandling av konkrete psykiske symptomer (for eksempel angst, søvnproblemer):*

Sjelden

Av og til

Vanligvis

Alltid

*Behov for undersøkelse/behandling for somatiske symptomer:*

Sjelden

Av og til

Vanligvis

Alltid

**Kasus:**

Du følger opp en 35 år gammel kvinne med diagnosen schizofreni. Diagnosen ble satt for ti år siden etter en lengre innleggelse på akuttavdeling. Hun har etter dette hatt fire innleggelser i sykehus, og følges jevnlig opp av DPS. Hun har brukt Zuclopenthixol 20 mg x 2 i lengre tid, men etter en nylig innleggelse på DPS er medisinerings endret grunnet økende angstsymptomer. Zuclopenthixol har blitt redusert til 20 mg x 1, og hun har nå i tillegg startet opp med Olanzapin 10 mg x 1. Dette har hun brukt i fire uker.

Hun kommer nå til ditt legekantor i følge med kontaktperson i hjemmetjenesten, ut fra epikrise skal oppfølging etter utskrivelse skje hos egen lege. Hun går regelmessig til samtaler hos psykiater på DPS.

- 1. Hvordan vil du følge opp pasienten?** Ta med hvilke undersøkelser og blodprøver hvis du mener det er aktuelt. *Ønsker at du skriver det du ville gjort i en hektisk klinisk hverdag, ikke i en "ideell" hverdag og hva man ville gjort teoretisk.*

Svar ved å skrive direkte inn i dokumentet eller svar for hånd.

Fritekst – punkter:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

- 2. Når vil du innkalle pasienten til neste time?**

Etter ..... uker

- 3. Hvilke momenter vil du særlig legge vekt på ved oppfølging?**

- 1.
- 2.

- 3.
- 4.
- 5.

**Ved neste konsultasjon beskriver pasienten hoste som har vedvart i 3 uker. Hun har bestilt enkelttime. Når pasienten kommer inn på kontoret ditt legger du merke til betydelig vektøppgang hos pasienten. Pasienten forteller ikke om dette selv.**

Svar ved å sette inn X eller kryss av for hånd.

**4. Hva gjør du?** (Mulig å krysse flere hvis ønskelig)

Tar opp dagens problemstilling (hoste)

Tar opp dagens problemstilling, men spør i tillegg om hun tror hun har gått opp i vekt. Følger bare opp dette hvis pasienten bekrefter dette.

Tar opp dagens problemstilling, men tar i tillegg vekt og høyde, slik at du kan beregne BMI og diskutere evt. vektøkning.

Hovedansvaret for pasienten ligger hos behandler i spesialisthelsetjenesten, og du regner med at de har kontroll. Du velger derfor å ikke ta opp problemstilling angående vekten.

Gjør ikke noe med dette i denne konsultasjonen, men skriver det ned i journalen og ber pasienten om å komme tilbake til ny time for oppfølging av vektøkningen.

Vektoppgang som en ser objektivt er ikke noe jeg tar opp med pasienter, verken hos somatisk syke eller psykisk syke, med mindre det ikke er aktuelt og/eller pasienten nevner dette selv. I dette tilfellet mener jeg det ikke er aktuelt.

Annet: .....

Skriv gjerne begrunnelse under:

**Under konsultasjon snakker du med pasienten angående problemstillingen pasienten kommer for, vedvarende hoste. Du auskulterer lungene og ser i halsen til pasienten. Du mistenker bronkitt. Du spør derfor om pasienten røyker. Dette svarer pasienten ja til, og videre finner du ut at hun røyker omtrentlig 1 pakke sigaretter daglig, tilsvarende 20 sigaretter.**

Svar ved å sette inn X eller kryss av for hånd.

**5. Hvor ofte spør du pasienter med alvorlig psykisk lidelse om røyking?**

Sjelden

Av og til

Vanligvis

Alltid

**6. Hvor ofte diskuterer du tiltak for røykestopp med pasienter med alvorlige psykiske lidelser?**

Sjelden

Av og til

Vanligvis

Alltid

**7. Hvilke konkrete tiltak gjør du for røykeslutt/røykestopp? Svar ved å skrive direkte inn i dokumentet eller svar for hånd.**

1.

2.

3.

4.

5.

**8. I hvor stor grad kjenner du deg igjen i følgende påstander om oppfølging av røykestopp hos pasienter med alvorlig psykiske lidelser:**



Svar ved å sette inn X eller kryss av for hånd. Mulig å krysse av flere hvis ønskelig. Begrunn gjerne svaret.

Innsatsen må hovedsakelig rettes mot stabilisering av psykiske symptomer

Begrunn svaret:

Jeg har manglende tid og ressurser til å adressere komplekse problemstillinger som omhandler alvorlig psykisk syke pasienter.

Begrunn svaret:

Pasienter med alvorlig psykisk sykdom har det ille nok som det er, det føles galt ”å ta fra” pasienter røyken da dette er noe som gir dem glede.

Begrunn svaret:

Det er vanskelig å be pasienter med alvorlig psykisk lidelse å slutte og røyke, endre kosthold og/eller gå ned i vekt.

Begrunn svaret:

Psykisk lidelse tilhører spesialisthelsetjenesten og de bør også ha hovedansvaret for oppfølging av somatisk helse

Begrunn svaret:

**9. Spør du pasienter med alvorlig psykisk lidelse om kosthold, og følger du dette opp?**

**Spør om kosthold:**

Sjelden

Av og til

Vanligvis

Alltid

**Følger opp:**

Sjelden

Av og til

Vanligvis

Alltid

**Hvis du følger opp, hvordan gjør du det? Skriv stikkord.**

- 
- 
- 
-

- 

**10. Spør du om fysisk aktivitet og følger du dette opp?**

**Spør om fysisk aktivitet:**

Sjelden

Av og til

Vanligvis

Alltid

**Følger opp:**

Sjelden

Av og til

Vanligvis

Alltid

**Hvis du følger opp, hvordan gjør du det? Skriv stikkord.**

- 
- 
- 
- 
-

**11. Det er utarbeidet retningslinjer for hva en skal følge opp og intervensjon hos pasienter som bruker antipsykotika, og somatiske undersøkelser som skal følges opp. Svar ved å sette inn X eller kryss av for hånd.**

**Er du kjent med disse retningslinjene?**

- Ingen grad
- I liten grad
- Verken eller
- I stor grad

**Hvor ofte følger du disse retningslinjene?**

- Ingen grad
- I liten grad
- Verken eller
- I stor grad

**I en travel hverdag på allmennlegekontor, får du tid til å gjøre det som kreves i retningslinjer?**

- Ingen grad
- I liten grad
- Verken eller

I stor grad

Antipsykotika: Svar ved å sette inn X eller kryss av for hånd.

**1. I hvor stor grad føler du deg trygg på bruken av nyere antipsykotika når det gjelder dosering og bivirkningsprofil?**

Ingen grad

I liten grad

Verken eller

I stor grad

**2. Hvor ofte kartlegger du bivirkninger hos pasienter som bruker antipsykotika?**

Sjelden

Av og til

Vanligvis

Alltid

**Hvis svaret er ”av og til” eller ”sjelden” – hva er grunnen til det?**

**Svar:**

**3. Hvis pasienten har bivirkninger, er det slik at du løser problemet selv, eller henviser du til spesialisthelsetjenesten?**

Henviser til spesialisthelsetjenesten

Konfererer med spesialist (psykiater)

Løser problemet selv, f.eks dosejustering.

Gjør ikke noe med dette da det er spesialisthelsetjenestens oppgave/ansvar.

Epikrise: Svar ved å sette inn X eller kryss av for hånd.

**4. Står det beskrevet i epikrise fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste hvordan pasienten skal følges opp i forhold til somatiske risikofaktorer (blodprøver, kontroller, vekt etc.)?**

Ingen grad

I liten grad

Verken eller

I stor grad

**5. Står det beskrevet i epikrise fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste hvordan pasienten skal følges opp i forhold til somatiske bivirkninger av antipsykotika (blodprøver, kontrollhyppighet, vekt, dosejustering etc.)?**

Ingen grad

I liten grad

Verken eller

I stor grad

**6. Blir det presisert i epikrisen hvordan pasienten skal følges opp i forhold til livsstil (vekt, røyking, aktivitet etc.) etter innleggelse eller poliklinisk behandling?**

Ingen grad

I liten grad

Verken eller

I stor grad

**Hvis svaret er ”ingen grad” eller ”i liten grad” – tror du at du i større grad ville ha fulgt opp livsstil hvis dette hadde blitt presisert i epikrisen?**

**Svar:**

.....  
.....

Tusen takk for at du deltok! ☺

## 7.5 GRADE

Se vedlegg neste side.



**Referanse:** Laursen TM, Munk-Olsen T, Gasse C. *Chronic somatic comorbidity and excess mortality due to natural causes in persons with schizophrenia or bipolar affective disorder.* PLOS One. 2011;6(9):e24597.

Formål		Materiale og metode		Resultater		Diskusjon/kommentarer	
<p>1) Investigated the incidence rates of 19 severe somatic chronic diseases among persons with psychotic disorders (schizophrenia or bipolar disorder)</p> <p>2) compared these rates (incidence rate ratios) with those of persons with no record of psychiatric hospital admission or outpatient contact.</p> <p>3) Evaluate the impact of these conditions on the estimates of the excess mortality (mortality rate ratios) from natural causes.</p>		<p><b>Design:</b> Retrospektiv kohort-studie</p> <p><b>Study population:</b> 2.450,812 persons between 15 and 52 years old at risk for admission with one of the 19 investigated somatic diseases and at risk for natural death. 16,079 cohorts had been in contact with a psychiatric hospital with schizophrenia and 6,215 with bipolar affective disorder.</p> <p><b>Method:</b> This study investigates and evaluates the impact of 19 severe chronic diseases on excess mortality due to diseases and medical conditions (natural death) in individuals with psychotic disorders compared with the general population using a population-based cohort study in Denmark. Incidence/mortality rate ratios of admission/mortality were calculated using survival analysis.</p> <p><b>Outcome:</b> IRR; MMR</p> <p><b>Confounding factors:</b> gender, calendar time age.</p> <p><b>Inclusion:</b> No criteria well defined</p> <p><b>Exclusion:</b> Disorders not included: epilepsy, drug and alcohol abuse. Contacts before 1955.</p> <p><b>Statistical analyzes:</b> Incidence rates, incidence rate ratios (IRRs) and MMR for somatic diseases. Poisson regression (approximates cox regression). Wald's 95% confidence intervals. Charlson score.</p>		<p>Cohort members with psychotic disorders had higher incidence rates of hospital contacts for almost all of the 19 disorders than the general population. The mortality rate ratio (MRR) of natural death was 7.10 (95% CI 6.45, 7.81) for schizophrenic men, decreasing to 4.64 (95% CI 4.21, 5.10) after adjustment for the somatic disorders. The same pattern existed in women and in both genders with bipolar disorder. Highest MRRs were observed for psychotic patients without hospital admissions with the investigated somatic disorders.</p> <p>Almost all somatic chronic disorders investigated in this study were more frequent in psychotic patients than in the general population.</p> <p>Psychotic patients appear to be under-diagnosed with somatic disorders compared with the general population. This notion is also supported by our finding that the MRR of natural mortality was almost 13-fold increased among schizophrenic patients and almost 9-fold in bipolar patients with an index equaling 0 compared with persons who had never been in contact with psychiatric hospitals.</p>		<p><b>GRADE</b></p> <p>Dokumentasjonsnivå <b>Moderate</b></p> <p>Anbefaling <b>Ingen</b></p> <p><b>Siekkiliste for kohortstudier:</b>  <b>Sammenliknbare grupper i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? Ja.</b>  <b>Uvalg representativt for befolkningen? Ja.</b>  <b>Ble den ikke-eksponerte gruppen valgt fra den samme populasjonen som de eksponerte? Ja.</b>  <b>Var studien prospektiv? Nei, retrospektiv.</b>  <b>Ble eksposisjon og utfall målt likt og pålidelig i de to gruppene? Ja.</b>  <b>Oppløsing av personer og fratallsanalyse? Ikke aktuelt.</b>  <b>Var oppfølgingsstiden lang nok til å påvise positive og/eller negative utfall? Ja, 12 år.</b>  <b>Er det tatt hensyn til kjente, mulige forekslingsfaktorer i studien? Ja, kjønn, alder, justerte ikke for etnisitet, rusmiddelbruk, røyking, men de justerte heller for sykdommer som kan skyldes risikofaktorene som KOLS, leversykdom og demens.</b>  <b>Er den som vurderte resultatene blindet for hvem som var eksponert og hvem som ikke var eksponert? Ikke definert.</b>  <b>Svakhetter:</b> Ingen informasjon pas. før 1955. Ikke pas. under 52 år. Konfunderende faktorer.  <b>Styrker:</b> Stor populasjon, sterke resultater</p>	
<p>Chronic somatic diseases accounted for half of the excess mortality in patients with schizophrenia or bipolar disorder. Chronic disorders investigated in this paper seem to be under-treated or under-detected among such patients.</p>		<p><b>Land</b></p>		<p><b>Danmark</b></p>		<p><b>Ar data innsamling</b></p>	
<p>1995 – 2007</p>							

Selv om personer under 52 år ikke ble inkludert i studien, viser forfatterne til at dette heller er en styrke, da pasientene er unge og fortsatt har økt risiko for somatiske sykdommer og død.

**Referanse:** Peckham E, Bradshaw TJ, Brabyn S, Knowles S, Gilbody S. *Exploring why people with SMI smoke and why they may want to quit: baseline data from the SCIMITAR RCT.* J Psychiatr Ment Health Nurs. 2016;23(5):282-9.

Formål		Materiale og metode		Resultater		Diskusjon/kommentarer	
<p>Explore smoking behaviors, reasons for smoking and motivations for cutting down/ stopping smoking in individuals with SMI who expressed an interest in cutting down or stopping smoking</p>		<p><b>Design:</b> Tversnitstudie, descriptive study <b>Participants:</b> 97 Participants were individually randomized using simple randomization to receive a bespoke smoking cessation intervention or usual GP care.</p> <p>Baseline data were collected via face-to-face interviews with a researcher.</p> <p>To explore similarities and differences between smokers in the general population and smokers with SMI, the answers given at the baseline interview were compared with the smoking data in the general population taken from the Statistics on Smoking 2013</p> <p><b>Inclusion:</b> Aged 18 or over with a severe mental illness and have expressed an interest in cutting down or stopping smoking</p> <p><b>Exclusion:</b> People who were pregnant or breastfeeding, had a comorbid drug or alcohol problems, were non-English speakers or who lacked capacity to participate in the trial were not eligible to be included in the study.</p> <p><b>Outcome:</b> smoking behaviors</p> <p><b>Statistical analyzes:</b> n, %, ...</p>		<p>Participants smoked a mean number of 24.2 (SD = 12.7) cigarettes per day with a range of 5–60. This is almost twice as high as that of smokers in the general population who smoke a mean of 12.7 cigarettes per day. The mean carbon monoxide measure for participants in the SCIMITAR trial was 23.82 (SD = 13.6). A measure over 20 indicates heavy smoking.</p> <p>The three most important reasons for smoking were: 'it helps me to cope with stress' (94%), 'it helps me to relax' (91%) and 'it is something to do when I am bored' (86%). The least important reason for smoking was 'it stops me putting on weight', which only 30% of people cited as being an important reason for smoking.</p> <p>The most important reasons for wanting to give up smoking were health related, with 97% of participants saying they wanted to give up because smoking was bad for their health and 95% saying that smoking made them less fit.</p> <p>Nearly all of the participants had attempted to quit at least once in the past (97%) with the mean number of quit attempts being six.</p> <p>Although participants came into the study because they were interested in quitting or cutting down on smoking, they did not generally feel their chances of quitting were very high, with only 9% believing that they had an extremely or very high chance of quitting. However, despite this lack of belief in their ability to quit, 35% of the participants were extremely or very determined to quit.</p>		<p><b>GRADE</b></p> <p>Dokumentasjonsnivå <b>Moderate</b></p> <p>Anbefaling <b>Ingen</b></p> <p><b>Slektliste for tversnitstudie:</b>            Var populasjonen utvalget er hentet fra, klart definert? Ja.            Var utvalget representativt for befolkningsgruppen?  <b>Studien er liten, men representerer pasienter som uttrykker ønske om å slutte og røyke, derfor er ikke studien representativ for pasientgruppen som helhet, men det var ikke formålet med studien heller.</b>            Er det gjort rede for om respondenter skiller seg fra dem som ikke har respondert?  <b>Ikke klart definert, men respondenterne skiller seg fra ikke-respondentene ved at de er motiverte for røykeslutt. Eksklusjons- og inklusjonskriterier.</b>            Er svarprosenten høy nok? Ja (78,9%), av 123 deltakere som meldte interesse, deltok 97.            Var datainnsamlingen standardisert? Ja.            Er objektive kriterier benyttet for vurdering av utfallsmålene? Ja.            Har man i dataanalysen brukt adekvate metoder?  <b>For formålet er det brukt adekvate metoder, men usikkert om den statistiske analysen er adekvat. Studien er deskriptiv.</b></p> <p>Factors relevant to recruitment (for example, comorbidities or involvement of other health professionals) which impose limitations on the present sample, and broader population samples could be conducted to clarify the results.</p>	
<p><b>Konklusjon</b></p> <p>Although participants in the SCIMITAR study smoked heavily and were highly dependent on cigarettes, they were highly motivated to cut down or stop smoking, though lacking confidence that they could so successfully. The data presented here help build up a profile of those patients with SMI who wish to quit smoking, which can inform efforts to target smoking cessation services more appropriately and effectively to this group.</p> <p>The study adds to a growing body of literature showing that people with SMI worry about the health impacts of smoking, but too often do not receive professional support to help them quit.</p>		<p><b>Land</b></p> <p>England</p>		<p><b>Ar data innsamling</b></p> <p>2011 - 2012</p>			

**Referanse:** Perez-Pinar M, Mathur R, Foguet Q, Avis S, Robson J, Ayerbe L. *Cardiovascular risk factors among patients with schizophrenia, bipolar, depressive, anxiety, and personality disorders.* Eur Psychiatry. 2016;35:8-15.

		<b>GRADE</b>		
		Dokumentasjonsnivå	Moderate	
		Anbefaling	Ingen	
<b>Formål</b>	1) Estimate the risk of developing incident type 2 diabetes, hypertension, hyperlipidemia, active smoking, obesity and physical inactivity, over a ten year period, for patients with psychiatric disorders 2) Investigate the potential explanatory role of antidepressants, antipsychotics and deprivation in the association between each psychiatric condition and each cardiovascular risk (CVR) factor. 3) Compare the age at the time of diagnosis of each CVR factor in patients with and without psychiatric disorders	<b>Materiale og metode</b> <b>Design:</b> Retrospective cohort study Patients ages > 30, registrered in 140 primary care practices (n=524,952) in Lodon <b>Inclusions:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Patients aged &gt; 30 years</li> <li>Primary cares using EMIS software (140/144)</li> </ul> <b>Exclusions:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Patients with diagnosis of a CVR factor before March 2005</li> <li>Patients who died during study period</li> </ul> <b>Outcome:</b> CVR factors <b>Confounding factors:</b> Age, gender, ethnicity, social deprivation, antidepressants and antipsychotics.	<b>Resultater</b> <u>Hovedfunn:</u> 1) Patients with psychiatric disorders had an increased risk for cardiovascular risk factors especially diabetes, with hazard ratios: 2.42 (2.20-2.67) to 1.31 (1.25-1.37), hyperlipidemia hazard ratios: 1.78 (1.60-1.97) to 1.25 (1.23-1.28) and obesity. 2) The associations between psychiatric disorders and CVR factors remained significant after adjustment for antidepressants, antipsychotics and deprivation score. 3) Patients with psychiatric conditions have later detection of CVR factors.	<b>Diskusjon/kommentarer</b> <b>Slektliste for kohortstudier:</b> Sammenliknbare grupper i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? <b>Ja.</b> Utvalg representativt for befolkningen? <b>Trolig grunnnet stor utvalg (n= 524,952).</b> Ble den ikke-eksponerte gruppen valgt fra den same populasjonen som de eksponerte? <b>Ja.</b> Var studien prospektiv? <b>Nei, retrospektiv.</b> Ble eksposisjon og utfall malt likt og pålidelig i de to gruppene? <b>Ja.</b> Oppfølging av personer og fratallsanalyse? <b>Ikke aktuelt</b> Var oppfølgingstiden lang nok til å påvise positive og/eller negative utfall? <b>Ja, 10 år.</b> Er det tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer i studien? <b>Ja, kjønn, etnisitet, alder, medikamenter og sosiale faktorer. Andre mulige bias: compliance hos pasienter, pasienters kontakt med primærhelsetjenesten (det at pasienter ikke hadde CVR var basert på at det ikke var registrert i datasystemet som forsetter at pasientene har blitt vurdert av legen), upålitelige selv-rapporteringsskjemaer.</b> Er den som vurderte resultatene blindet for hvem som var eksponert og hvem som ikke var eksponert? <b>Ikke definert.</b> <b>Strengths:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Not selected individuals or organizations</li> <li>Long follow up period, large number of cases</li> <li>High quality data</li> <li>Resultatene kan ha plausible biologiske forklaringer.</li> </ul> <b>Weakness:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Degree of residual confounding</li> <li>High number of factors → may be result of chance</li> <li>Binary variables even with naturally continuous measures (smoking, physical activity)</li> <li>Medications compliance and dosage, drug type</li> <li>Overdiagnosis → depression</li> <li>Patients who died or left the surgeries between 2005-2015 were not included</li> <li>Those who developed CVR factors prior to inclusion were not included</li> </ul>
<b>Konklusjon</b>	<b>CVR factors require special clinical attention among patients with psychiatric disorders. Further research could study the effect of antidepressants and antipsychotics on CVR factors.</b>			
<b>Land</b>	<b>England, London</b>			
<b>År data innsamling</b>	<b>2005 – 2015</b>			
	<b>Statistical method:</b> n%, binary variables, Cox regression, linear regression			



**Referanse:** Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. *Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders.* Br J Psychiatry. 2011;199(6):453-8.

<p><b>Formål</b></p> <p>To evaluate trends in health outcomes of people with serious mental illness</p>	<p><b>Materiale og metode</b></p> <p><b>Design:</b> Retrospektiv Cohort-study  <b>Kohort:</b> All patients admitted to hospital for mental disorders in Denmark, Finland and Sweden.</p> <p><b>Inclusions:</b> None?</p> <p><b>Exclusions:</b> Patients with intellectual disability and dementia</p> <p><b>Outcome:</b> Life expectancy</p> <p><b>Confounding factors:</b> Unclear</p> <p><b>Statistical analysis:</b> Nordic standard population in 2000 for standardizing mortality rates. The standardized mortality rates among mental health patients were compared with general population mortality rates. Life-expectancy were aggregated for each 5-year study period.  <b>Further statistical analysis not defined.</b></p>	<p><b>Resultater</b></p> <p>People admitted to hospital for a mental disorder had a two- to threefold higher mortality than the general population in all three countries studied. This gap in life expectancy was more pronounced for men than for women. The gap decreased between 1987 and 2006 in these countries, especially for women. The notable exception was Swedish men with mental disorders. In spite of the positive general trend, men with mental disorders still live 20 years less, and women 15 years less, than the general population.</p>	<p><b>GRADE</b></p> <p>Dokumentasjonsnivå <b>Moderate</b></p> <p>Anbefaling <b>Ingen</b></p> <p><b>Diskusjon/kommentarer</b></p> <p><b>Sjekkliste for kohortstudier:</b>  Sammenliknbare grupper i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? <b>Ja, men noe uklart.</b>  Utvalg representativt for befolkningen? <b>Ja, men trolig ikke andre land.</b>  Ble den ikke-eksponerte gruppen valgt fra den samme populasjonen som de eksponerte? <b>Nei, utvalget ble sammenlignet med den generelle befolkningen.</b>  Var studien prospektiv? <b>Nei, retrospektiv.</b>  Ble eksposisjon og utfall målt likt og pålitelig i de to gruppene? <b>Ja.</b>  Oppfølging av personer og frafallsanalyse? <b>Ikke aktuelt.</b>  Var oppfølgingstiden lang nok til å påvise positive og/eller negative utfall? <b>Ja.</b>  Er det tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer i studien? <b>Nei, uklart.</b>  Er den som vurderte resultatene blindet for hvem som var eksponert og hvem som ikke var eksponert? <b>Ikke definert.</b></p> <p><b>Svakheter:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Begrenset populasjon (tre nordiske land)</li> <li>Personer som ikke var innlagt på sykehus eller diagnostisert i perioden 1987 til 2006 var ikke inkludert i studien</li> <li>Ikke tatt med konfunderende faktorer</li> </ul> <p><b>Styrker:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Stor populasjon</li> <li>Resultatene er sterke, noe som tyder på at det lile sannsynlig skyldes systematiske feil i studien.</li> </ul>
<p><b>Konklusjon</b></p> <p>Life expectancy gap for people with mental disorders has somewhat diminished in the three Nordic countries. Our results support further development of the Nordic welfare state model, i.e. tax founded community-based public services and social protection. Health promotion actions, improved access to healthcare and prevention of suicides and violence are needed to further reduce the life expectancy gap.</p>			
<p><b>Land</b></p> <p>Danmark, Finland, Sverige</p>			
<p><b>Ar data innsamling</b></p> <p>1987 - 2006</p>			

**Referanse:** Azad MC, Shoosmith WD, Al Mamun M, Abdullah AF, Naing DK, Phanindranath M, et al. *Cardiovascular diseases among patients with schizophrenia*. Asian J Psychiatr. 2016;19:28-36.

Formål		Materiale og metode		Resultater		Diskusjon/kommentarer	
<p>Point out the causes of mortality in schizophrenia, to discuss about the important risk factors of CVD in schizophrenia and to recommend the potential early diagnostic and preventive measures for CVD in schizophrenia.</p>		<p><b>Design:</b> Review</p> <p>In this review, we conducted PubMed, Scopus and Google search using the following combinations of keywords: ‘Schizo- phrenia’, ‘Schizophrenic disorder’, ‘Cardiovascular diseases’, ‘Coro- nary disease’, ‘vascular disease’, ‘Risk factors’, ‘mortality’, ‘death’, and ‘prevention’.</p> <p>Blir ikke definert eksakt tall på hvilke artikler og hvor mange artikler som inkluderes i artikkelgjennomgangen. Studien går gjennom eksisterende litteratur.</p> <p>Artikler i review artikkelen hentes fra flere land, særlig fra USA.</p>		<p><b>1) Mortality and life expectancy in schizophrenia</b></p> <p>1) We can summarize that people with schizophrenia have a higher mortality rate and about 2 to 3 times greater risk of death than the general population. Also, their life expectancy is around 15–20 years shorter than the general population. The significantly lower life expectancy in schizophrenia can be attributed to death from both natural and unnatural causes. 2) Causes of natural deaths in schizophrenia include cardiovascular diseases, respiratory diseases, cancer, unrecognized medical diseases, poor compliance, refusal of treatment for medical diseases, unhealthy life style, substance misuse and antipsychotic drug side effects. 3) Cardiovascular diseases and suicide are the leading causes of mortality in schizophrenia</p> <p><b>2) Risk factors of CVD in schizophrenia patients</b></p> <p>1) Metabolic syndrome, 2) Sedentary behavior, 3) Tobacco smoking, 4) effects of antipsychotics, 5) long chain fatty acid deficiency, 6) Shared genetics between SZ and CVD</p> <p><b>3) Early detection of CVD in schizophrenia</b></p> <p>Delay in seeking health care as well as neglecting CVD risk factors screening in schizophrenia by health care providers can delay early detection of CVD in schizophrenia. To improve quality of life and decrease early deaths in schizophrenia, early diagnosis of CVD is essential.</p> <p><b>4) Prevention of CVD in schizophrenia</b></p> <p>Prevention of CVD in schizophrenia can reduce disease burden and increase longevity. Modifiable risk factors of CVD, such as smoking, sedentary and unhealthy life style, metabolic syndrome and obesity can be controlled in people with schizophrenia in the same way as in the general population. However, life style modification alone may not be enough, since people with schizophrenia have additional risk factors such as the effects of antipsychotics.</p>		<p>Formålet med review artikkelen er å se på årsaker til død hos pasienter med schizofreni, noe artikkelen gjennomfører ved å samle kunnskap fra litteraturen. Dette gjøres for alle momenter i formål som er definert. Beskrivelse av metode er ikke godt definert, og det ble ikke definert hvordan artikler som ble inkludert og/eller ekskludert. Det ble videre ikke presisert antall artikler som ble undersøkt. Dette kan svekke påliteligheten til resultatene som vises i litteraturgjennomgangen. Styrkene er likevel at resultater fremheves ved resultater fra mange artikler som understøtter funnene.</p>	
<p><b>Konklusjon</b></p> <p>People with schizophrenia are at high risk of developing CVD due to multiple factors. Understanding of the aetiology and mechanism of the elevated CVD risk will help us to deal effectively with CVD in schizophrenia. Health care providers should be aware of the side effects of antipsychotics and cautiously choose the regimen, which causes least harm to the cardiovascular system of each patient. ovel risk assessment tools such as schizophrenia-specific CVD risk algorithm could be created and used for early identification of CVD in schizophrenia.</p>							
<p><b>Land</b></p> <p>Malaysia</p>							
<p><b>Ar data innsamling</b></p> <p>Ikke definert</p>							
<p><b>GRADE</b></p> <p>Dokumentasjonsnivå</p> <p>Anbefaling</p>		<p>-</p> <p>-</p>					

**Referanse:** Heald A, Pendlebury J, Anderson S, Narayan V, Guy M, Gibson M, et al. *Lifestyle factors and the metabolic syndrome in Schizophrenia: a cross-sectional study.* *Ann Gen Psychiatry.* 2017;16:12.

		<b>GRADE</b>
		Dokumentasjonsnivå
		Moderate to low
		Anbefaling
		Ingen
		<b>Diskusjon/kommentarer</b>
<b>Formål</b>	<b>Materiale og metode</b>	<b>Resultater</b>
<p>The purpose of the study was to assess lifestyle factors, including diet and exercise, in patients with schizophrenia and estimate the prevalence of metabolic syndrome</p>	<p><b>Design:</b> Tverrsnittstudie</p> <p><b>Studiepopulasjon:</b> 37 patients (the response rate among those eligible to enter the study was 41%), all patients had schizophrenia or schizoaffective disorder.</p> <p><b>Method:</b> This is a cross-sectional study of a representative group of outpatients with schizophrenia in Salford, UK. An interview supplemented by questionnaires was used to assess diet, physical activity, and cigarette and alcohol use. Likert scales assessed subjects' views of diet and activity. A physical examination and relevant blood tests were conducted.</p>	<p>Thirty-seven people were included in the study. 92% of men had central adiposity, as did 91.7% of women (International Diabetes Federation Definition). The mean age was 46.2 years and mean illness duration was 11.6 years. 67.6% fulfilled criteria for the metabolic syndrome.</p> <p>The mean number of fruit and vegetable portions per day was <math>2.8 \pm 1.8</math>. Over a third did not eat any fruit in a typical week. 42% reported doing no vigorous activity in a typical week. 64.9% smoked and in many cigarette use was heavy. The Likert scale showed that a high proportion of patients had insight into their unhealthy lifestyles.</p>
<b>Konklusjon</b>	<b>Inklusjon:</b>	
<p>Within this sample, there was a high prevalence of poor diet, smoking and inadequate exercise. Many did not follow national recommendations for dietary intake of fruit and vegetables and daily exercise. These factors probably contribute to the high prevalence of metabolic syndrome. Many had insight into their unhealthy lifestyles. Thus, there is potential for interventions to improve lifestyle factors and reduce the risk of cardiometabolic disease.</p>	<p>All outpatients aged between 16 and 65 years of age who were prescribed a neuroleptic drug and had a diagnosis of schizophrenia or schizoaffective disorder were eligible to enter the study.</p>	
<b>Land</b>	<b>Exklusjon:</b>	
<b>England</b>	No criteria defined	
<b>Ar data innsamling</b>	<b>Outcome:</b> Lifestyle factors, prevalence metabolic syndrome	
<b>2015?</b>	<b>Statistical analyzes:</b> n, %	
		<p><b>Sjekkliste for tverrsnittstudie:</b></p> <p>Var populasjonen utvalget er hentet fra, klart definert? Ja.</p> <p>Var utvalget representativt for befolkningsgruppen?</p> <p>Ikke sikkert på bakgrunn av lite utvalg.</p> <p>Er det gjort rede for om respondenter skiller seg fra dem som ikke har respondert?</p> <p>Ja, det presiseres at: With regard to the characteristics of responders vs non-responders, in relation to clinical variables, for those non-responders for whom data are available (21 service users), there was no significant difference in age, BMI, blood glucose, and cholesterol level between the groups.</p> <p>Er svarprosenten høy nok? Trolig ikke, den var 41%.</p> <p>Var datainnsamlingen standardisert? Ja.</p> <p>Er objektive kriterier benyttet for vurdering av utfallsmålene? Ja.</p> <p>Har man i dataanalysen brukt adekvate metoder? For formålet er det brukt adekvate metoder, men usikkert om den statistiske analysen er adekvat.</p> <p>Studien er liten, og denne studien kan ikke fastslå prevalensen for pasientgruppen, men forfatterne angir at ikke-respondenter hadde samme karakteristikk noe som forsterker svarene.</p>