
Alvorlig psykisk syke mottar ikke fullgod helsehjelp i Norge

KRONIKK

MADELEINE ELISABETH ANGELSEN

m.e.angelsen@studmed.uio.no

Madeleine Elisabeth Angelsen er klinisk ernæringsfysiolog og vitenskapelig assistent ved Avdeling for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo. Hun har skrevet masteravhandling om kosthold hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

EMMA NJÅLSDATTER JOHANNESSEN

Emma Njålsdatter Johannessen er klinisk ernæringsfysiolog ved Senter for psykisk helse og rus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og FACT avdeling St. Hanshaugen. Johannessen har skrevet masteravhandling om kosthold hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KJETIL RETTERSTØL

Kjetil Retterstøl er professor ved Avdeling for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo og overlege ved Lipidklinikken på Aker Sykehus. Retterstøl var internveileder på mastergradsprosjektene til Angelsen og Johannessen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

DAWN ELIZABETH PELEIKIS

Dawn Elizabeth Peleikis er ph.d., avdelingsoverlege ved Distriktpsykiatrisk senter i Asker og forfatter. Hun er den ansvarlige prosjektlederen og var hovedveileder ved mastergradsprosjektene til Angelsen og Johannessen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Målrettede livsstilstiltak kan redusere risikoen for hjerte- og karsykdom hos alvorlig psykisk syke. Vi bør ikke akseptere den økte dødeligheten av hjerte- og karsykdommer i en slik sårbar pasientgruppe.

Psykiatrisk helsevern i Norge kan trolig bli bedre til å ivareta den somatiske helsen til de psykisk syke. Alvorlig psykisk syke har kortere forventet levetid hovedsakelig som følge av hjerte- og karsykdom, knyttet til modifiserbare risikofaktorer som fedme, høyt blodsukker, blodtrykk og kolesterol (1). Mange har også en usunn livsstil med bruk av tobakk og rusmidler (2) og lite fysisk aktivitet (3). Rutinemessig kostholdsveiledning gis ikke til inneliggende pasienter, selv om enkelte antipsykotiske medisiner kan gi kraftig vektoppgang (4).

Er somatisk helsehjelp underprioritert?

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) publiserte nylig en rapport der dødsfallet til en 70 år gammel kvinne med psykoselidelse ble omtalt (5). Kvinnens psykiatriske sykdom så ut til å overskygge hennes behov for oppfølging av somatiske sykdomstegn. Dette endte på tragisk vis med hjerteinfarkt og død. Det ble da stilt spørsmål ved psykiatrisk helsevesens prosedyrer for utredning og behandling av somatisk sykdom. I samme rapport var konklusjonen at den største muligheten for å redusere tap av leveår og øke livskvaliteten hos psykisk syke lå i å forebygge somatisk sykdom.

«Den største muligheten for å redusere tap av leveår og øke livskvaliteten hos psykisk syke lå i å forebygge somatisk sykdom»

I internasjonale studier har man entydig funnet at pasienter med alvorlig psykisk sykdom har en livsstil som disponerer for kardiovaskulær sykdom, med usunt kosthold og høy forekomst av overvekt og metabolske risikofaktorer (6, 7). Estimert forventet levetid i denne pasientgruppa er 15–20 år kortere enn blant de mentalt friske, hovedsakelig som følge av kardiovaskulær sykdom relatert til livsstil (8).

Usunt kosthold og lite fysisk aktivitet

Livsstilen til norske psykiatripasienter har til nå vært lite studert. Temaet har tilsynelatende hatt lav prioritet i psykiatrien. To av kronikkforfatterne gjennomførte hvert sitt masterprosjekt som kartla kosthold, livsstil og

metabolske risikofaktorer hos pasienter med schizofreni og bipolar lidelse ved en norsk behandlingsinstitusjon. Deltakerne hadde for lavt inntak av frukt, bær, grønnsaker og fullkorn og for høyt inntak av rødt og bearbeidet kjøtt samt matvarer med mye tilsatt sukker og fett (9, 10). Gjennomsnittlig kroppsmasseindeks ble målt til 29,9 kg/m², tilsvarende fedme. Bukfedme, som er en kardiovaskulær risikofaktor, forekom hyppig. Halvparten av pasientene tilfredsstilte diagnosekriterier for metabolsk syndrom (10). Til sammen utgjorde dette en substansiell risikoøkning for kardiovaskulær sykdom, som er mulig å reversere med målrettede tiltak.

Som et eksempel klarte man i en eldre finsk studie å redusere totalkolesterol med 1,3 mmol/L samt nesten halvere dødeligheten av hjerte- og karsykdommer hos inneliggende psykiatriske pasienter ved å tilby dem mat der mettet fett var erstattet med planteoljer (11).

Like slående som funnene av modifiserbare risikofaktorer var de kvalitative utsagnene fra pasientene som deltok i ett av masterprosjektene (10). Mange pasienter uttrykte stor fortvilelse over vektoppgang knyttet til medisiner med antipsykotiske midler. I tillegg bar historier og utsagn fra pasientene preg av at de var interesserte i å ivareta sin fysiske helse og anså dette som viktig. Én pasient uttalte følgende: «Akkurat som vanlige folk, vil jeg ikke at noe fælt skal skje, som et hjerteinfarkt eller noe sånt. Spesielt ikke nå som jeg har små barn» (10). Dette understreker et banalt poeng som burde vært anerkjent av psykiatrisk helsepersonell.

Bivirkninger av antipsykotika

Pasienter med en alvorlig sinnslidelse er åpenbart opptatt av sin fysiske helse, uavhengig av vanskelighetene de opplever knyttet til sin grunnsykdom. Dette har tidligere vært bekreftet i STRIDE-studien i Canada, der kvalitative funn viste at pasientene med en alvorlig psykisk lidelse var bekymret for sin fysiske helse, spesielt de fedmerelaterte bivirkningene av psykofarmaka (12). I masterprosjektene rapporterte flere pasienter om vektoppgang på 10–20 kg etter oppstart med antipsykotiske legemidler. Det fremkom også utsagn som ble vurdert som tegn på spiseforstyrret atferd (10).

Det er velkjent blant psykiatrisk helsepersonell at atypiske antipsykotiske legemidler som olanzapin og klopazin fører til kraftig vektoppgang (4). I tillegg har pasienter med en alvorlig psykisk lidelse ofte usunne kostvaner (13). At dette passerer som et akseptabelt faktum, er problematisk når man tar den økte dødeligheten fra kardiovaskulær sykdom i betraktning.

Lav prioritet i psykiatrisk helsevesen

For å komme til kjernen av problemet er det viktig å belyse holdningene til helsepersonell i psykiatrien. Helsepersonell hadde i masterprosjektene lave forventninger til pasientenes motivasjon og evne til å gjennomføre livsstilsendringer. Utsagn som «Disse pasientene har mer enn nok med å

mestre tilværelsen» og «Når du lurere på om det bedrives overvåkning oppe i røykvarsleren, er det ikke så viktig for deg hvor sunt du spiser» (10) antyder at psykiatrisk helsepersonell kanskje ikke i tilstrekkelig grad anerkjenner at pasientene faktisk er opptatt av å ivareta sin fysiske helse på lik linje med mentalt friske. De kvalitative observasjonene og samtalene med pasientene viste at de faktisk etterspurte kostråd og langsiktig veiledning for vektreduksjon.

Vellykket livsstilsendring

I førsteforfatterens studie kunne flere pasienter fortelle at de på eget initiativ hadde iverksatt tiltak for å gå ned i vekt, som å følge en diett og trene regelmessig (10).

«Flere pasienter kunne fortelle at de på eget initiativ hadde iverksatt tiltak for å gå ned i vekt, som å følge en diett og trene regelmessig»

Ikke ulikt mentalt friske, opplevde pasientene flere utfordringer knyttet til livsstilsendringer. Det er ikke vanskelig å tenke seg at det som krever mye innsats og disiplin, er ekstra vanskelig når en alvorlig psykisk lidelse kommer i tillegg. Flere studier har imidlertid identifisert at en sentral faktor for å lykkes med livsstilsendring er hjelp og støtte fra nærmiljøet (14). Veiledning fra helsepersonell med ernæringskompetanse har også vist seg å være viktig for suksessfull kostholdsendring i denne pasientgruppa (15).

På tvers av helsevesenets grunnprinsipper

Det å ikke skade er et viktig prinsipp som helsepersonell har (16). Når medisiner med kjent risiko for vektøkning forskrives, må derfor adekvat veiledning om forebygging av vektoppgang ikke neglisjeres. Norsk helsevesen understreker også viktigheten av å ivareta *hele* pasienten. Dette innebærer at behandlingen ikke bare skal rette seg mot grunnlidelsen, men komme pasientens helse til gode på en helhetlig måte. Behandling av psykiatripasienter må derfor innebære en mulighet for veiledning til en sunn livsstil og en plan for å forebygge livsstilssykdommer der det er indikasjon for det. Bare på den måten yter man fullgod helsehjelp og mulig reduksjon i ulikheten i forventet levetid mellom psykisk syke og friske.

REFERENCES

1. Correll CU, Robinson DG, Schooler NR et al. Cardiometabolic risk in patients with first-episode schizophrenia spectrum disorders: baseline results from the RAISE-ETP study. JAMA Psychiatry 2014; 71: 1350–63. [PubMed] [CrossRef]

2. Khokhar JY, Dwiel LL, Henricks AM et al. The link between schizophrenia and substance use disorder: A unifying hypothesis. *Schizophr Res* 2018; 194: 78–85. [PubMed][CrossRef]
3. Daumit GL, Goldberg RW, Anthony C et al. Physical activity patterns in adults with severe mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193: 641–6. [PubMed][CrossRef]
4. Barton BB, Segger F, Fischer K et al. Update on weight-gain caused by antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. *Expert Opin Drug Saf* 2020; 19: 295–314. [PubMed][CrossRef]
5. Ukom. Somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse. <https://ukom.no/rapporter/somatisk-helse-hos-pasienter-med-alvorlig-psykisk-lidelse/sammendrag> Lest 19.9.2023.
6. Mitchell AJ, Vancampfort D, Sweers K et al. Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders—a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 2013; 39: 306–18. [PubMed][CrossRef]
7. van Zonneveld SM, Haarman BCM, van den Oever EJ et al. Unhealthy diet in schizophrenia spectrum disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2022; 35: 177–85. [PubMed][CrossRef]
8. Ringen PA, Engh JA, Birkenaes AB et al. Increased mortality in schizophrenia due to cardiovascular disease - a non-systematic review of epidemiology, possible causes, and interventions. *Front Psychiatry* 2014; 5: 137. [PubMed][CrossRef]
9. Johannesen EN. Dietary intake in adults with severe mental illness, receiving outpatient treatment in a Scandinavian clinic. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/95523> Lest 13.11.2023.
10. Angelsen ME. The lifestyle of patients with severe mental illness, receiving treatment in mental care facilities in Asker, Norway. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/103688> Lest 13.11.2023.
11. Turpeinen O, Karvonen MJ, Pekkarinen M et al. Dietary prevention of coronary heart disease: the Finnish Mental Hospital Study. *Int J Epidemiol* 1979; 8: 99–118. [PubMed][CrossRef]
12. Yarborough BJ, Stumbo SP, Yarborough MT et al. Improving lifestyle interventions for people with serious mental illnesses: Qualitative results from the STRIDE study. *Psychiatr Rehabil J* 2016; 39: 33–41. [PubMed][CrossRef]
13. Mueller-Stierlin AS, Cornet S, Peisser A et al. Implications of Dietary Intake and Eating Behaviors for People with Serious Mental Illness: A Qualitative Study. *Nutrients* 2022; 14: 2616. [PubMed][CrossRef]

14. Greaney ML, Puleo E, Sprunck-Harrild K et al. Social Support for Changing Multiple Behaviors: Factors Associated With Seeking Support and the Impact of Offered Support. *Health Educ Behav* 2018; 45: 198–206. [PubMed][CrossRef]
 15. Teasdale SB, Latimer G, Byron A et al. Expanding collaborative care: integrating the role of dietitians and nutrition interventions in services for people with mental illness. *Australas Psychiatry* 2018; 26: 47–9. [PubMed][CrossRef]
 16. Ursin L. De fire prinsipper. https://sml.snl.no/de_fire_prinsipper Lest 19.9.2023.
-

Publisert: 2. januar 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0703

Mottatt 14.10.2023, første revisjon innsendt 2.11.2023, godkjent 13.11.2023.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 20. februar 2026.