

## Område for helsetjenester: prosjektplan for Forebyggende tiltak for personer med psykiske lidelser: en systematisk oversikt

---

**Forslagsnummer: 2016-029**

---

**Plan utarbeidet:** 28. november 2017

---

**Kort tittel** Forebyggende tiltak for personer med psykiske lidelser.

**Kort ingress** Vi skal utarbeide en systematisk oversikt om effekter av forebyggende tiltak rettet mot levevaner som påvirker den psykiske og somatiske helsen til personer med psykiske lidelser.

### **Kort beskrivelse/sammendrag**

Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet har mottatt et forslag om å utarbeide en systematisk oversikt om effekter av forebyggende tiltak rettet mot levevaner som påvirker den psykiske og somatiske helsen til personer med psykiske lidelser. Vi vil systematiske søke etter studier og oppsummere funn fra disse i form av en systematisk oversikt.

### **English:**

*Title:* Preventive interventions for persons with mental illnesses: a systematic review.

*Short title:* Preventive interventions for persons with mental illnesses.

*Short summary:* Division for Health Services in the Norwegian Institute of Public Health was asked to conduct a systematic review on the effect of preventive interventions targeting lifestyle habits for persons with mental illnesses. We will perform a systematic search for relevant studies and summarize the results in a systematic review.

---

## Prosjektkategori og oppdragsgiver

---

**Produkt (programområde):** Systematisk oversikt

---

**Tematisk område:** Psykisk helse

---

**Oppdragsgiver:** Kreftforeningen, seksjon forebygging  
(med navn på kontaktperson for eksterne prosjekter): Ingrid Stenstavold Ross  
Ingrid.Ross@kreftforeningen.no

---

## Prosjektledelse og medarbeidere

---

**Prosjektleder:** Eva Denison

---

**Prosjektansvarlig (gruppeleder):** Gunn Vist

---

**Interne medarbeidere:** Vigdis Underland, Gyri Hval Straumann

---

**Eksterne medarbeidere:** [Skriv inn her]

---

**Plan for erstatning ved prosjektdeltakeres fravær:** Prosjektansvarlig finner erstatter

---

## Oppdraget

Kreftforeningen, seksjon forebygging sendte et forslag med ønske om en oppsummering av kunnskapen om effekt av forebyggende tiltak som fremmer gode levevaner hos personer med psykiske lidelser. Bestiller var interessert i å finne ut av om tiltak rettet mot fysisk inaktivitet, usunt kosthold, røyking og helseskadelig bruk av alkohol kunne bidra til bedre psykisk helse, lavere kreftforekomst og økt levealder for denne befolkningsgruppen. Oppdragsgiver vil i samarbeid med den norske NCD<sup>1</sup>-alliansen (Diabetesforbundet, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Kreftforeningen, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, og Rådet for psykisk helse) benytte funnene i samarbeid med organisasjoner som ivaretar psykisk/mental helse til å initiere prosjekter, samt i politisk påvirkningsarbeid. Prosjektleder og –ansvarlig har avklart spørsmålet og inklusjons- og eksklusjonskriterier i møte med oppdragsgiver 8. august 2017.

## Mål

Målet med dette prosjektet er å utføre en systematisk oversikt som besvarer følgende spørsmål: Hvilken effekt har forebyggende tiltak som røykeslutt, økt fysisk aktivitet, et sunnere kosthold og et lavere alkoholforbruk på den psykiske og somatiske helsen og livskvaliteten til personer med en allerede etablert psykisk lidelse?

## Bakgrunn

Psykiske lidelser involverer endringer i tenkning, emosjoner eller atferd (eller en kombinasjon av disse) som kan skape ubehag og/eller problemer i arbeid, sosiale aktiviteter og familieaktiviteter (1). De psykiske lidelsene er klassifisert etter ICD-10: Den internasjonale

---

<sup>1</sup> NCD er en forkortelse for Noncommunicable diseases – ikke smittsomme sykdommer. NCD-alliansen er et internasjonalt nettverk av sivile samfunnsorganisasjoner.

statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, Kapittel V: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (2), eller Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versjon 5 (DSM-5; 3).

Litteraturen som omhandler fysiske helseproblemer hos personer med psykiske lidelser skiller ofte ut en gruppe med «alvorlig psykisk lidelse» (serious mental illness). Det mangler imidlertid en enhetlig definisjon på alvorlig psykisk lidelse, noe som kan bidra til uklarheter og misforståelser. Schinnar og medarbeidere (4) fant 17 ulike definisjoner på alvorlig psykisk lidelse som hadde blitt brukt på 1980-tallet. Når forskerne brukte de ulike definisjonene for å estimere forekomst av alvorlig psykisk lidelse i et representativt utvalg av pasienter ved et senter i USA fant de at mellom 4 % og 88 % av pasientene ble plassert i kategorien alvorlig psykisk lidelse, avhengig av hvilken definisjon som ble brukt. Felles for de ulike definisjonene var at de bygget på kategoriene diagnose, funksjonsnedsettelse og varighet, men kriteriene for kategoriene var forskjellige (4). The Royal College of Psychiatrists foreslo i 2016 en definisjon av alvorlig psykisk lidelse som bygger på disse tre kategoriene (5, side 7): «'Severe mental illness' is a frequently used phrase, but is imprecise in its nature. It is generally accepted to have three elements. Diagnosis: a diagnosis of schizophrenia, bipolar disorder, or other psychotic disorder is usually implied. Disability: the disorder causes significant disability. Duration: the disorder has lasted for a significant duration, usually at least 2 years.»

Psykiske lidelser og ruslidelser var estimert til å stå for 7 % av den totale sykdomsbyrden på verdensbasis i 2010 (6). Alvorlig depresjon, angstlidelser, schizofreni, dystymi, bipolar lidelse, og andre psykiske- og ruslidelser var blant de 25 vanligste årsakene til ikke-dødelige helsetap på verdensbasis i 2013 (7). Tapte leveår hos personer med psykiske lidelser kan være vanskelig å beregne fordi de fleste dødsfall hos personer med psykiske lidelser tilskrives direkte årsaker som for eksempel hjerte- og karsykdom, infeksjoner, og selvmord (6). En nylig publisert systematisk oversikt om overdødelighet hos personer med psykiske lidelser har imidlertid estimert at personer med psykiske lidelse har omtrent doblet risiko for død av alle årsaker sammenlignet med personer uten psykiske lidelser eller den allmenne befolkningen. Tapte leveår varierte mellom ett år og 32 år med en medianverdi på 10 år (8).

Studier av dødelighet, årsak til død og forventet levealder etter første innleggelse i psykiatrisk sykehus i Danmark, Finland og Sverige har vist at forventet levealder var ca. 15 år lavere for kvinner og ca. 20 år lavere for menn sammenlignet med den allmenne befolkningen (9). Forskjellige dødsårsaker ble angitt for ulike kategorier av psykiske lidelser. Rusproblemer, schizofreni og personlighetsforstyrrelser var assosiert med høyere risiko for død av sykdommer og medisinske tilstander. Affektive lidelser og personlighetsforstyrrelser var assosiert med høyere risiko for død av selvmord. Rus var assosiert med høyere risiko for død av ytre årsaker, hovedsakelig ulykker. Det var de samme generelle mønstre i alle tre land (9).

I Norge er depressive lidelser og angstlidelser blant de ti viktigste årsakene til ikke-dødelige helsetap (10). Det har ikke blitt publisert nasjonale studier fra Norge grunnet mangelfulle registerdata før 2008, men regionale studier viser tilsvarende resultater som i de andre skandinaviske land. Overdødelighet sammenlignet med den allmenne norske befolkningen er rapportert for personer med schizofreni (11), personlighetsforstyrrelser (12), affektive lidelser

(13) i Troms og Finnmark og etter første innleggelse i psykiatrisk sykehus i Bergen (14). Kvinner og menn med schizofreni hadde henholdsvis 2,6 og 3,5 ganger så høy dødelighet (11), kvinner og menn med personlighetsforstyrrelser hadde henholdsvis 2,9 og 4,3 ganger så høy dødelighet (12) og kvinner og menn med affektive lidelser hadde henholdsvis 1,9 og 2,1 ganger så høy dødelighet som den allmenne befolkningen (13). Etter første innleggelse i psykiatrisk sykehus hadde kvinner og menn henholdsvis 2,2 og 2,9 ganger så høy dødelighet (14).

Tapte leveår har hovedsakelig sammenheng med forekomst av fysiske helseproblemer. For personer med alvorlige psykiske lidelser er det rapportert økt prevalens av sykdommer innen flere kategorier slik som luftveissykdommer (særlig KOLS), infeksjonssykdommer, enkelte kreftformer relatert til fedme, muskel- og skjelettlidelser, hjerte- og karsykdommer og ernærings- og metabolske sykdommer (15). Resultater fra en nylig publisert systematisk oversikt viser at personer med alvorlige psykiske lidelser har høyere prevalens, insidens og dødelighet av hjerte- og karsykdommer (16). Risikofaktorene for hjerte- og karsykdom er i utgangspunktet de samme som for den allmenne befolkningen, men tillegg av spesifikke faktorer som psykiatrisk diagnose, bruk av psykotrope legemidler, skadelig bruk av alkohol, bruk av antidepressive legemidler, og sosial deprivasjon kan føre til bedre prediksjon av hjerte- og karsykdom sammenlignet med andre modeller (17). Ved samtidig ruslidelse (særlig alkohol og harde stoffer) er dødeligheten målt ved standardisert mortalitetsratio over dobbelt så høy både ved schizofreni, alvorlig depresjon og bipolar lidelse (18). Det er også vist at personer med kroniske sykdommer som i tillegg har en psykisk diagnose rapporterer lavere livskvalitet enn personer med kroniske sykdommer som ikke har en psykisk diagnose (19).

Oversikter over levevaner hos personer med psykiske lidelser viser at personer med schizofreni (20), bipolar lidelse (21) og alvorlig depresjon (22) er fysisk aktive i mindre grad enn personer uten psykiske lidelser og i forhold til gjeldende retningslinjer. Personer med psykose (23), bipolar lidelse (21) og alvorlig depresjon (22) er mer stillesittende. Personer med schizofreni har et kosthold preget av høyt inntak av mettet fett og lavt inntak av fiber og frukt (24). Høyere forekomst av røykere er rapportert hos personer med psykiske lidelser (25) og alvorlige psykiske lidelser (26) og høyere inntak av alkohol er rapportert for personer med alvorlige psykiske lidelser (26).

### **Metoder og arbeidsform**

Vi skal utarbeide en systematisk oversikt ved bruk av metoder beskrevet i håndboken «Slik oppsummerer vi forskning» (27).

#### *Søkestrategi*

Forskningsbibliotekar Gyri Hval Straumann vil sammen med prosjektleder utarbeide en søkestrategi. Søkestrategien vil bli fagfellevurdert av en annen forskningsbibliotekar. Gyri Hval Straumann vil gjennomføre litteratursøket. Vi vil ikke legge begrensinger på språk i søket. Vi vil søke etter studier i følgende databaser:

- The Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)
- Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)
- Epistemonikos

- The Cochrane Controlled Trials Register (CENTRAL)
- MEDLINE (Ovid)
- Embase (Ovid)
- PsycINFO (Ovid)
- Cinahl (EBSCO)

### *Inklusjonskriterier*

Studiedesign: Dersom vi finner systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet som svarer på spørsmålet vil vi formidle disse til oppdragsgiver. Kriterier for systematisk oversikt er at oversikten må ha en oppgitt søkestrategi, inneholde klare inklusjonskriterier, og ha kvalitetsvurdert de inkluderte studiene og/eller oversiktene (27).

Dersom vi ikke finner systematiske oversikter av høy kvalitet som dekker alle utfall innenfor inklusjonskriteriene vil vi lage en systematisk oversikt og inkludere randomiserte kontrollerte studier, klynge-randomiserte kontrollerte studier, ikke-randomiserte kontrollerte studier, avbrutte tidsserier eller kohortstudier med minst tre målepunkter før og minst tre målepunkter etter tiltaket, og med et klart definert tidspunkt for når intervensjonen ble introdusert.

Populasjon: Personer med en psykisk diagnose som er beskrevet i ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2015, Kapittel V, Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (F00-F99; 2), eller i DSM-5 (3).

Tiltak: Organiserte forebyggende individ- eller grupperettede tiltak som har til hensikt å fremme en eller flere av følgende: fysisk aktivitet og/eller trening, sunnere kosthold, røykeslutt eller røykereduksjon, redusert alkoholforbruk. Dette vil omfatte tiltak som kan oppfattes som sekundærforebyggende, det vil si å oppdage sykdom eller sykdomsrisiko før det kommer symptomer på sykdom, samt å redusere følgene av sykdom som er diagnostisert (28).

Sammenligning: Kun forebyggende råd om levevaner med henblikk på fysisk aktivitet og/eller trening, kosthold, røyking og alkoholforbruk som man kan forvente gis i en klinisk konsultasjon (vanlig behandling), inkludert informasjonsmateriell, hvor pasienten har ansvaret for å følge rådene.

Utfall: Livskvalitet, bruk av medisiner, kreftforekomst, forekomst av hjerte- og karsykdom, metabolsk syndrom, luftveissykdom og overlevelse/dødelighet. Utfallsmål på psykisk helse vil inkluderes.

### *Eksklusjonskriterier*

Sammendrag og andre publikasjonsformer som ikke formidler full informasjon om en studies metoder og resultater, slik at vi ikke kan vurdere kvalitet eller risiko for systematiske skjevheter. Studier som kun rapporterer utfall om atferd.

### *Utvelging av studier*

To forfattere vil uavhengig av hverandre velge ut relevante publikasjoner fra titler og sammendrag, deretter bli enige om hvilke studier som skal hentes inn i fulltekst. To forfattere

gjennomgår fulltekstartikler uavhengig av hverandre opp mot inklusjons- og eksklusjonskriterier og tar avgjørelse om inkludering eller ekskludering av studier i konsensus. Uenighet løses ved rådføring med en tredje forfatter.

#### *Vurdering av kvalitet og risiko for systematiske skjevheter*

Vi vil vurdere systematiske oversikter med sjekklister (29). Randomiserte og klynge-randomiserte kontrollerte studier vil bli vurdert med et verktøy for vurdering av risiko for systematiske skjevheter med henblikk på generering av randomiseringssekvens, skjult fordeling av deltakere til grupper, blinding av deltakere og personale, blinding av måling av utfall, manglende utfallsdata, selektiv rapportering, og andre kilder til skjevheter (30). Ikke-randomiserte kontrollerte studier vil bli vurdert med sjekklister som omfatter ulike studiedesign (31). Vurderinger av kvalitet/risiko for systematiske skjevheter gjøres uavhengig av to forfattere. Endelig vurdering baseres på konsensus og uenighet løses ved rådføring med en tredje forfatter.

#### *Dataekstraksjon, sammenstilling og gradering*

Følgende data hentes ut fra systematiske oversikter/primærstudier:

Tittel, forfattere og detaljer om publikasjonen

Formålet med oversikten/studien

Inkluderte studiedesign (oversikter); studiedesign (primærstudier)

Populasjon, diagnose, ev. undergrupper og kontekst

Tiltak og hvem som utførte tiltaket

Sammenligning

Utfall

Oppfølgingstid

Frafall

Informasjon om manglende data

Beskrivende dikotome data

Beskrivende kontinuerlige data

Effektmaal

Effektestimater

Gradering av effektestimater (oversikter)

Én forfatter vil hente ut data og legge dem inn i et regneark. En annen forfatter vil verifisere dataauthenticiteten opp mot fulltekstartiklene.

Data vil bli sammenstilt deskriptivt i tabeller. Dikotome utfall presenteres med relativ risiko (RR) og kontinuerlige utfall med gjennomsnittsforskjell, begge med 95 % konfidensintervall (95 % KI).

Ved tilstrekkelig tilfang av primærstudier planlegger vi å utføre kvantitative synteser, meta-analyser, i programvaren Review Manager 5.3 (32) og presentere resultatene i tabeller og balansediagram (forest plots). Vi vil bruke «fixed-» eller «random effects» modeller avhengig av vår vurdering av hvor like eller ulike populasjonene og tiltakene er i de inkluderte studiene (klinisk heterogenitet). Vi vil bruke gjennomsnittsforskjell eller standardisert

gjennomsnittsforskjell for kontinuerlige data (for eksempel livskvalitet) avhengig av om utfallet er målt på lignende måter eller ei. Studier med ulike design vil bli analysert hver for seg. Innenfor hvert studiedesign vil vi slå sammen studier med lignende oppfølgingstid: kort (0-3 måneder), middels lang (4-12 måneder), eller lang (mer enn 12 måneder).

Vi vil bruke GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation, [www.gradeworkinggroup.org](http://www.gradeworkinggroup.org)) for å vurdere tilliten til effektestimaterne for hvert utfallsmål.

Domenene som vurderes i GRADE er studiebegrensninger, grad av konsistens/overensstemmelse, direktet, presisjon/sparsomme data, publiseringsskjevhet, størrelse på effekten, dose-respons gradient, eller at alle plausible forvekslingsfaktorer, hvis de var til stede, ville redusere effekten (33). To forfattere vil gjennomføre graderingen sammen. Vi vil trekke inn en tredje forfatter ved uenighet eller usikkerhet.

Vurderingene defineres som følger:

**Høy tillit:** Vi har stor tillit til at effektestimaterne ligger nær den sanne effekten.

**Middels tillit:** Vi har middels tillit til effektestimaterne: Det ligger sannsynligvis nær den sanne effekten, men det er også en mulighet for at den kan være forskjellig.

**Lav tillit:** Vi har begrenset tillit til effektestimaterne: Den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimaterne.

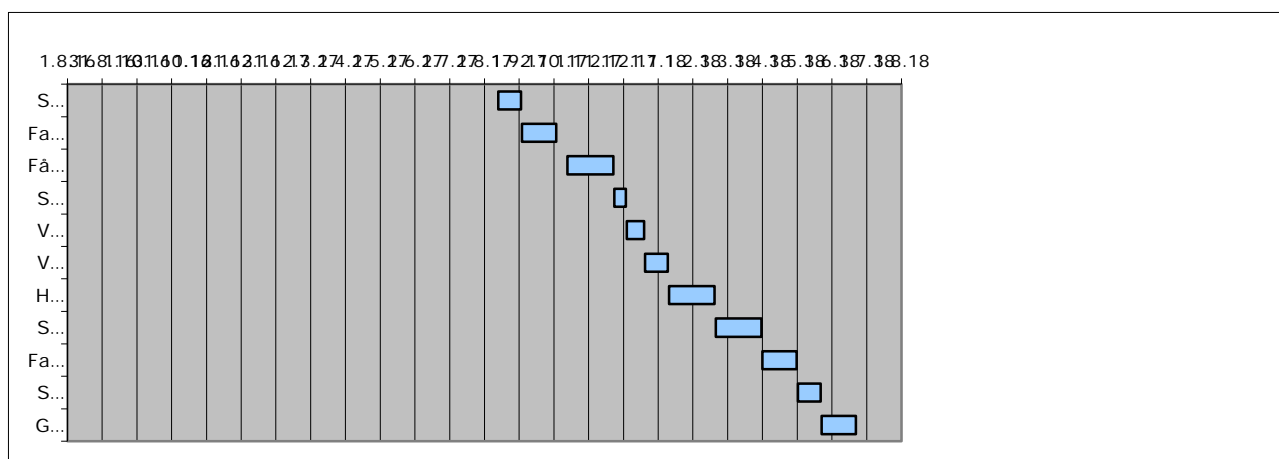
**Svært lav tillit:** Vi har svært liten tillit til at effektestimaterne ligger nær den sanne effekten.

Vi vil gradere utfall rapportert i inkluderte systematiske oversikter hvis ikke gradering er utført.

### **Aktiviteter, milepæler og tidsplan**

Både prosjektplanen og rapporten vil bli vurdert av to interne og to eksterne fagfeller før godkjenning i ledermøte.

Oppgave	Ansvarlig	Startdato	Kalender- tid i dager	Sluttdato	Reelt tidsforbruk i mnd-verk (overføres budsjettet)
Skrive prosjektplan	ED	14.08.2017	20	03.09.2017	
Fagfellevurdering av prosjektplan	ED	04.09.2017	30	13.10.2017	
Få godkjent prosjektplan	ED	14.10.2017	40	23.11.2017	
Søke etter litteratur	GHS	24.11.2017	10	04.12.2017	
Velge ut studier	ED, VU	05.12.2017	15	20.12.2017	
Vurdere studienes metodiske kvalitet	ED, VU	21.12.2017	20	10.01.2018	
Hente ut data, sammenstille og gradere	ED, VU	11.01.2018	40	20.02.2018	
Skrive utkast rapport	ED	21.02.2018	40	02.04.2018	
Fagfellevurdering av rapport	ED	03.04.2018	30	03.05.2018	
Skrive ferdig rapport	ED	04.05.2018	20	24.05.2018	
Godkjenne og publisere	ED	25.05.2018	30	24.06.2018	



**Oppstartsdato** (for FHI.no):

14.08.2017

**Sluttdato**

24.06.2018

### Publikasjon/formidling

Prosjektet skal resultere i en systematisk oversikt som blir publisert i Folkehelseinstituttets rapportserie. Rapporten skal brukes av Kreftforeningen og den norske NCD-alliansen (Diabetesforbundet, Kreftforeningen, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, og Rådet for psykisk helse. Rapporten kan også være av interesse for andre beslutningstakere, fagpersoner innen primærhelsetjenesten, andre interessegrupper, utdanningsinstitusjoner, og publikum.



Rapporten oversendes elektronisk til oppdragsgiver to uker før den blir publisert på Folkehelseinstituttets hjemmeside, senest 11.06.2018.

### Risikoanalyse

*Hvert elements risikofaktor er produktet av sannsynlighet og konsekvens. Vurderingen angis med graderingene liten, middels og stor.*

RISIKOELEMENT	SANNSYNLIGHET	KONSEKVENNS	RISIKOFAKTOR
Langtidsfravær ved sykdom	Liten	Prosjektperioden forlenges	Liten

Tiltak for å begrense risikoelementenes sannsynlighet og konsekvens:  
Prosjektansvarlig utpeker ny prosjektleder eller –medarbeider.

### Referanser/litteratur

1. American Psychiatric Association. Lest 22.08.2017. Tilgjengelig fra: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>.
2. Helsedirektoratet. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2015, norsk utgave; Oslo: Helsedirektoratet, 2015.
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
4. Schinnar A, Rothbard A, Kanter R, Jung Y. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry*, 1990;147:1602-8.
5. Working Group for Improving the Physical Health of People with SMI. Improving the physical health of adults with severe mental illness: essential actions (OP100). Royal College of Psychiatrists, 2016.
6. Whiteford H, Degenhardt L, Rehm J, Baxter A, Ferrari A, Erskine H, et. al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2013;382:1575–86.
7. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 2015;386:743–800.
8. Reisinger Walker E, McGee R, Druss B. Mortality in mental disorders and global disease burden implications. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 2015;72:334-41.
9. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J, Westman J, Ösby U, et. al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS ONE*, 8:e55176.
10. Knudsen AK, Tollånes M, Haaland Ø, Kinge J, Skirbekk V, Vollset SE. Sykdomsbyrde i Norge 2015. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015). [Disease Burden in Norway 2015. Results from the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015)] Rapport 2017. Bergen/Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017.

11. Høye A, Jacobsen B, Hansen V. Increasing mortality in schizophrenia: Are women at particular risk? A follow-up of 1111 patients admitted during 1980–2006 in Northern Norway. *Schizophrenia Research*, 2011;132:228–32.
12. Høye A, Jacobsen B, Hansen V. Sex differences in mortality of admitted patients with personality disorders in North Norway – a prospective register study. *BMC Psychiatry*, 2013;13:317.
13. Høye A, Nesvåg R, Reichborn-Kjennerud T, Jacobsen B. Sex differences in mortality among patients admitted with affective disorders in North Norway: a 33-year prospective register study. *Bipolar Disord*, 2016;18:272-81.
14. Nome S, Holsten F. Changes in mortality after first psychiatric admission: A 20-year prospective longitudinal clinical study. *Changes in mortality after first psychiatric admission: A 20-year prospective longitudinal clinical study*, *Nordic Journal of Psychiatry*, 2012;66:97-106.
15. De Hert M, Correll C, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et. al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 2011;10:52-77.
16. Correll C, Solmi M, Veronese N, Bortolato B, Rosson S, Santonastaso P, et. al. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry*, 2017;16:163–80.
17. Osborn D, Hardoon S, Omar R, Holt R, King M, Larsen J, et al. Cardiovascular Risk Prediction Models for People With Severe Mental Illness Results From the Prediction and Management of Cardiovascular Risk in People With Severe Mental Illnesses (PRIMROSE) Research Program. *JAMA Psychiatry*, 2015;72:143-51.
18. Hjorthøj C, Østergaard ML, Benros M, Toftdahl N, Erlangsen A, Andersen J, et al. Association between alcohol and substance use disorders and all-cause and cause-specific mortality in schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression: a nationwide, prospective, register-based study. *Lancet Psychiatry*, 2015;2:801-08.
19. Baumeister H, Hutter N, Bengel J, Härter M. Quality of Life in Medically Ill Persons with Comorbid Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychother Psychosom*, 2011;80:275–86.
20. Stubbs B, Firth J, Berry A, Schuch F, Rosenbaum S, Gaughran F, et. al. How much physical activity do people with schizophrenia engage in? A systematic review, comparative meta-analysis and meta-regression. *Schizophrenia Research*, 2016; 176:431–40.
21. Vancampfort D, Firth J, Schuch F, Rosenbaum S, De Hert M, Mugisha J, et. al. Physical activity and sedentary behavior in people with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2016;201:145–52.
22. Schuch F, Vancampfort D, Firth J, Rosenbaum S, Ward P, Reichert T, et. al. Physical activity and sedentary behavior in people with major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2017;210:139–50.
23. Stubbs B, Williams J, Gaughran F, Craig T. How sedentary are people with psychosis? A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 2016;171:103–9.
24. Dipasquale S, Pariante C, Dazzan P, Aguglia E, McGuire P, Mondelli V. The dietary pattern of patients with schizophrenia: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 2103;47:197e207.

25. Rüther T, Bobes J, De Hert M, Svensson TH, Mann K, Batra A, et. al. EPA Guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. *European Psychiatry*, 2014;29;65–82.
26. Scott D, Happell B. The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestyle behaviours in individuals with severe mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 2011;32:589–97.
27. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 4. reviderte utg. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2015. Lest 22.08.2017. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/slik-oppsummerer-vi-forskning/>.
28. Store medisinske leksikon. Lest 22.08.2017. Tilgjengelig fra: [https://sml.snl.no/forebyggende\\_medisin#-Sekund%C3%A6rforebyggende\\_arbeid](https://sml.snl.no/forebyggende_medisin#-Sekund%C3%A6rforebyggende_arbeid).
29. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 4. reviderte utg. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2015. Vedlegg 2: sjekklister. Lest 22.08.2017. Tilgjengelig fra: [https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/verktoy/k-handbok\\_11\\_vedlegg2\\_sjekklister.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/verktoy/k-handbok_11_vedlegg2_sjekklister.pdf).
30. Higgins JPT, Altman DG, Sterne JAC (editors). Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies. In: Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 (updated March 2011). The Cochrane Collaboration, 2011. Lest 22.08.2017. Tilgjengelig fra: [www.cochrane-handbook.org](http://www.cochrane-handbook.org).
31. Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). Suggested risk of bias criteria for EPOC reviews. EPOC Resources for review authors. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services. Lest 22.08.2017. Tilgjengelig fra: <http://epocoslo.cochrane.org/epoc-specific-resources-review-authors>.
32. Review Manager (RevMan) [Computer program]. Version 5.3. Copenhagen: The Nordic Cochrane Centre, The Cochrane Collaboration, 2014.
33. Balshem H, Helfand M, Schünemann H, Oxman A, Kunze R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clinl Epidemiol* 2011;64:401-6.

### **Indeksering for hjemmesiden**

Psykiske forstyrrelser, psykiske lidelser, psykiske diagnoser, sekundær sykdomsforebygging, tidlig behandling, levevaner, livstil, livsstilssykdommer, fysisk aktivitet, kosthold, røyking, alkoholdrikking.

### **Relaterte prosjekter/publikasjoner/studier**

Effekt av trening for personer med alvorlige psykiske lidelser, oversikt over systematiske oversikter: <https://www.fhi.no/prosjekter/effekt-av-trening-for-personer-med-alvorlige-psykiske-lidelser/> Prosjektleder: Vigdis Underland.

Vist GE, Reinar LM, Straumann GH, Wisting L. Behandling av personer som både har spiseforstyrrelse og diabetes. *Forskningsoversikt* 2015. ISBN (elektronisk): 978-82-8121-970-0, ISSN (elektronisk): 1890-1298. Tilgjengelig på [www.fhi.no](http://www.fhi.no).

Reinar LM, Straumann GH, Myrhaug HT, Vist GE. Ingen effektstudier om behandling av gravide med spiseforstyrrelse. Forskningsoversikt 2015. ISBN (elektronisk): 978-82-8121-956-4, ISSN (elektronisk): 1890-1298. Tilgjengelig på [www.fhi.no](http://www.fhi.no).