

# **Overdødelighet pga. somatiske lidelser i psykiatriske populasjoner - risikokartlegging og tiltak**

## **Fagråd for legesamarbeid 05.06.24**

Trine Johnsen, kst.overlege akuttpost Østmarka

Mari Pettersen, kst.overlege alderspsykiatrisk avd.

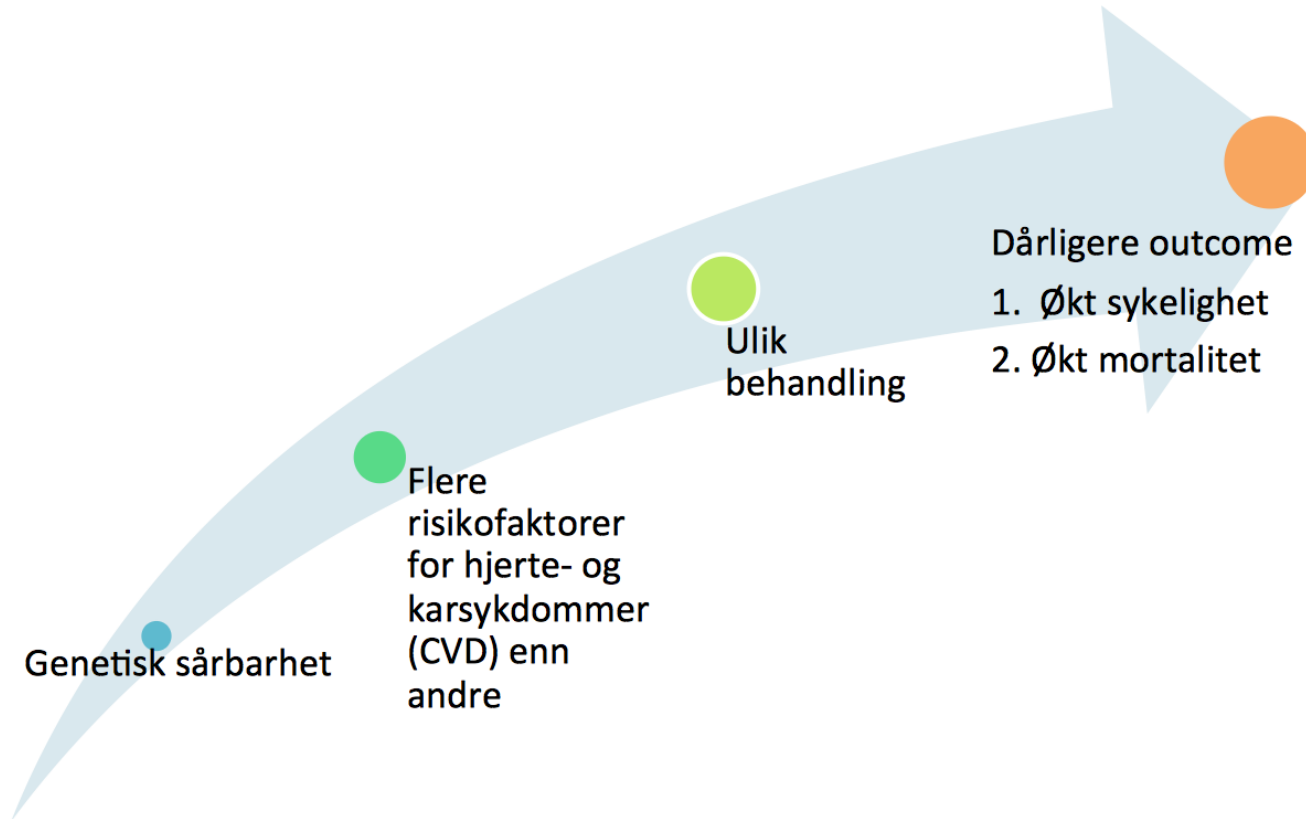
# Dødelighet

- Personer med alvorlig psykisk lidelse har ca. 15-25 år kortere forventet levetid enn normalbefolkning.
- Nesten 60 % av overdødelighet blant personer med alvorlig psykisk lidelse kan tilskrives somatisk sykdom som **kan** behandles!
- Størst forskjell for menn
- Viktigste årsak til tapte leveår hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse er somatisk sykdom. Først og fremst hjerte-karsykdom, men også lungesykdom og kreft (røyking)

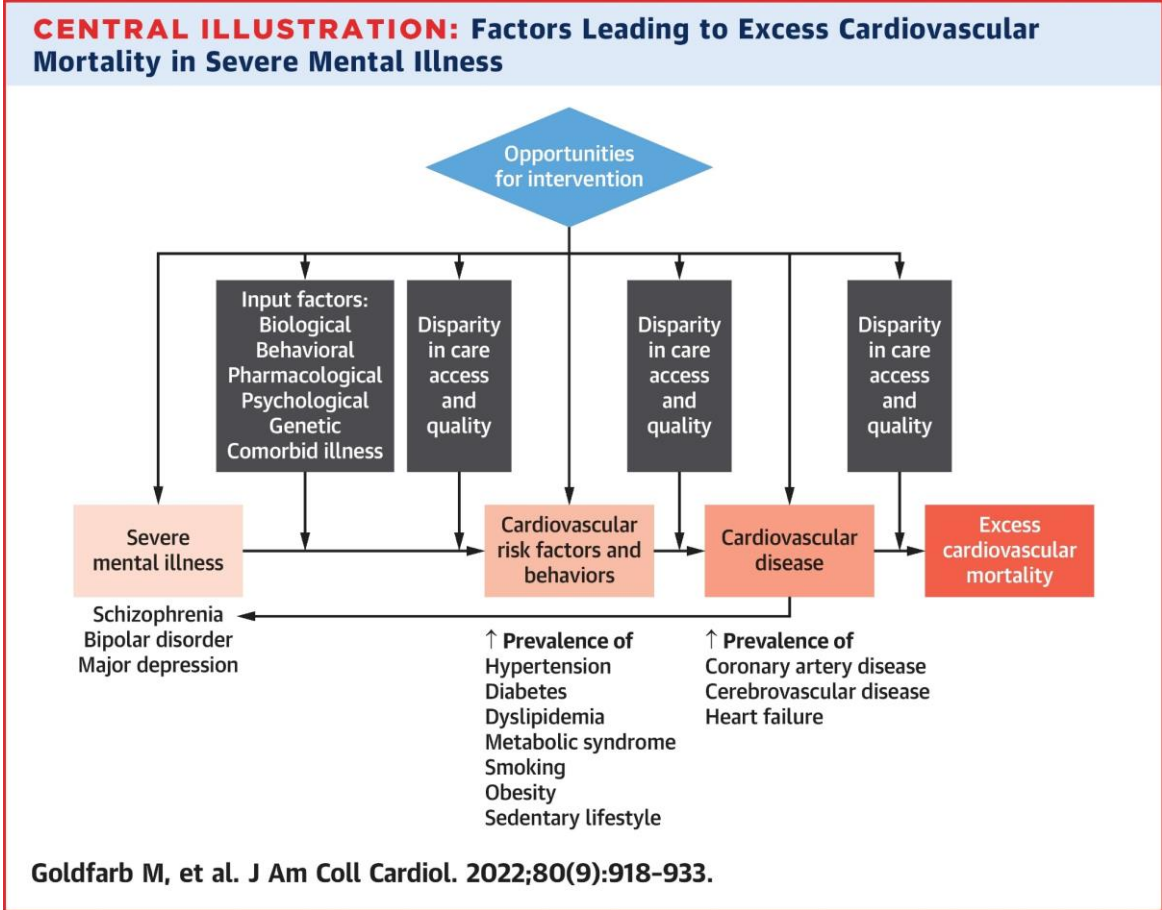
# Dødelighet

- Pasienter med schizofreni har høyere mortalitet enn normalbefolkning. (x2-3)
- Største andelen av denne økte risikoen er grunnet hjerte-karlidelser.
- Mindre suicid enn ved affektive lidelser og personlighetsforstyrrelser.
- Misforhold/ulikheter i tilgang på helsetjenester og kvaliteten på helsetjenester enn normalbefolkningen

# Hvorfor?






# Faktorer som fører til økt kardiovaskulær dødelighet ved alvorlig psykisk sykdom



# Hvorfor?

**Annerledes behandling på flere nivå!**

- System
- Behandlere
- Pasient

	Barriers and Challenges	Strategies to Improve Cardiovascular Health
<b>Patient</b> 	Lifestyle behaviors Risk conditions Psycho-pharmacology Low adherence to treatment Low health-related literacy Socioeconomic poverty Social isolation Poor self-care	Education: mental illness and heart disease Behavioral counseling Lifestyle interventions Peer support Family support
<b>Health professional</b> 	Limited mental health literacy Insufficient experience Negative attitudes toward SMI Lack of collaboration	Education and training Routine screening for modifiable CV risk factors in SMI Early intervention for CV risk factors after diagnosis Depression screening for acute cardiac event and chronic CV disease Involve people with SMI and their families in decision making Minimize adverse CV effects of psychiatric medications Follow evidence-based treatment for CV disease
<b>Health care system</b> 	Disparities in care access and quality Insufficient staffing and infrastructure Inadequate health promotion Financial barriers Inadequate research funding	Electronic health record support tools Multidisciplinary cardiopsychiatry teams Care networks for complex patients Promote mental health awareness Support collaboration between CV and psychiatric societies Increase research funding support

# Hvorfor? På systemnivå

- Personer med psykiske lidelser får langt dårligere somatisk behandling og oppfølging enn normalbefolkningen.
- Personer med psykiske lidelser har mindre sannsynlighet for å få regelmessige helsesjekker og tannhelsetjenester. Forskning viser at de oppsøker akutthjelp oftere for tilstander som lett kunne vært oppdaget og avverget i primærhelsetjenesten, sammenlignet med den øvrige befolkningen.



# Hvorfor? På systemnivå

- Mennesker med alvorlig psykisk lidelse har generelt lavere sannsynlighet for å motta medisinsk behandling og kirurgi for tilstander som krever standard behandling, sammenlignet med den øvrige befolkningen.
- Dette kan skyldes underdiagnostisering av fysisk sykdom hos denne gruppa, enten fordi leger mistolker somatiske symptomer som uttrykk for den underliggende psykiske lidelsen, eller fordi pasientene selv har vanskelig for å skille mellom symptomer og dermed underrapporterer fysisk sykdom.

# System - hvorfor er det slik?

- Skille psykiatri og somatikk?
- Uklart ansvar for oppfølging?
- Fragmentert oppfølging?

# Behandlere

- Klinikere kan nøle med å gi behandling grunnet frykt for dårlig compliance og frykt for at somatisk behandling medfører stress og forverrer psykisk tilstand.
- Tilgang til helsetjenester kan være begrenset av økonomiske årsaker.
- Stigma blant helsepersonell ovenfor personer med psykisk lidelse

# Pasient

- Økt risiko for hjerte-karsykdom, diabetes og overvekt.
- Forekomst av kreft hos personer med psykisk lidelse er bare litt høyere enn hos normalbefolkning, **MEN** dødelighet som følge av kreft er langt høyere.
- For alle psykiske lidelser: Røyking, høyt alkoholforbruk, søvnforstyrrelse, fysisk inaktivitet og dårlig kosthold er gjennomgående.

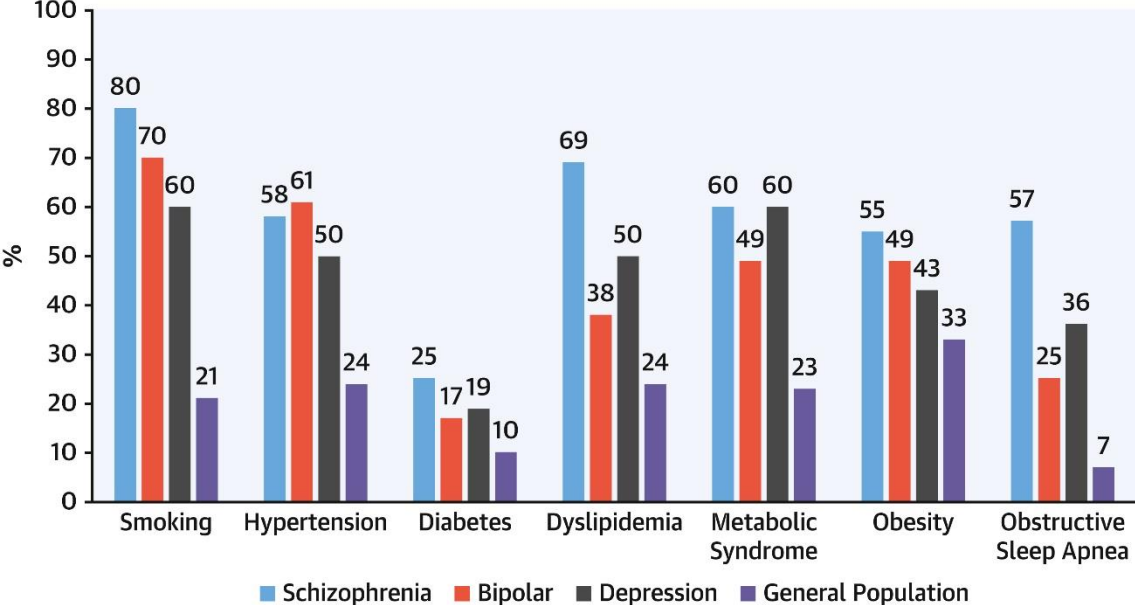
# Pasienter

- Kognitive evner
- Vrangforestillinger
- Neglisjerer symptomer
- Høy smerteterskel
- Dårlig compliance
- Økonomi

# Flere risikofaktorer

- Røyker hyppigere
- Kosthold
- Mindre fysisk aktive
- Psykososialt stress
- Medisiner
- Omdiskutert om antipsykotika gir mer eller mindre CVD

# Kardiovaskulære risikofaktorer ved alvorlig psykisk sykdom vs generell befolkning



# Behandling med antipsykotika

- Antipsykotisk medisin kan ha bivirkninger som forventes å gi økt dødelighet
- Vektøkning
- Metabolske forstyrrelser
- Forlenget QT-tid
- Suicidalatferd forbundet med akatisi (indre spenning og rastløshet)



# Tiltak for bedre helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse?

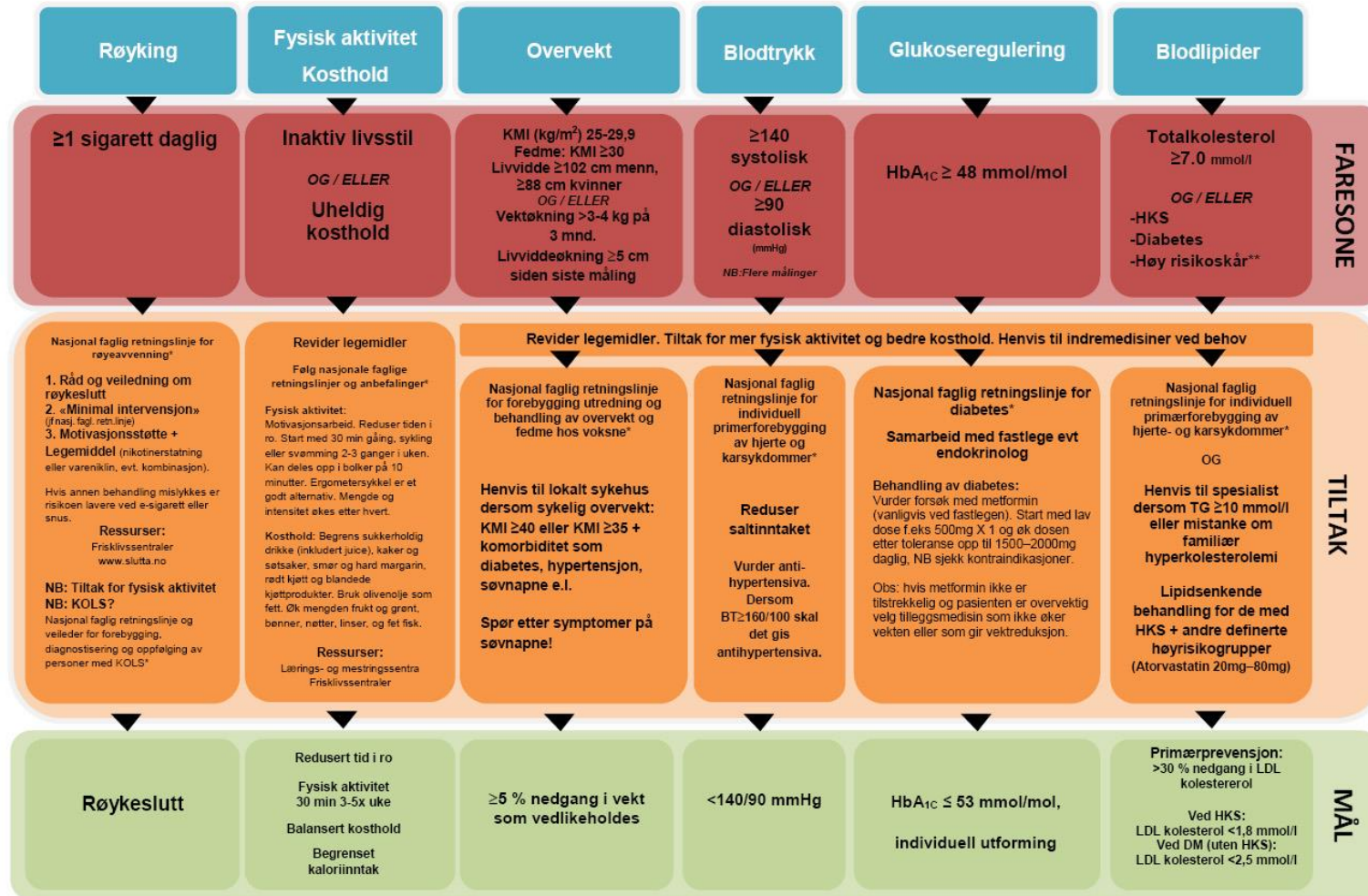
- Hvordan kan vi endre dette?
- Bør psykiater ha en større rolle i oppfølging av somatisk syke pasienter?
- Hva gjør du på din avdeling for å sikre god somatisk helse hos dine pasienter?
- Hvordan møte pasienter med alvorlig psykisk lidelse?
- Hvilke verktøy finnes?

# Hjertefrisk

- Hjelpemiddel for oppfølging og tiltak hos pasienter med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer i kardiometabolsk risikogruppe
- Ideen til Hjertefrisk-algoritmen kommer fra Sydney-området i en tradisjon for å tenke innovativt i behandlingen av alvorlige  
Algoritmen er hittil innført i blant annet Norge, England, Australia, Japan.
- Klinikere og forskere ved Oslo universitetssykehus har laget en norsk versjon av algoritmen for å monitorere og følge opp kardiometabolsk risiko hos denne pasientgruppen.

# HJERTEFRISK

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



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

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

### Anamneseopptak og undersøkelser ved oppstart eller endring av behandling med antipsykotika

Utføres vanligvis av spesialist i psykiatri.

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

#### Ved undersøkelsen

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

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

**Somatisk status:** Vekt, høyde, BT, puls.

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

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

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

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

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

\* Kronisk nyrelidelse øker risiko for hjerte- og karsykdom

### Spesifikke intervensjoner

Livsstilsendring er tas opp med pasienten på en samarbeidende og støttende måte. Fokus på egen mestring og dyktiggjøring. Kartlegg og bruk tilgjengelige ressurser. Hensyn til individuelllevsrisisjoner og at pasientens egne preferanser er førende. Samarbeid med fastlegen vil være naturlig ved de fleste intervensjoner.

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

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

**VURDER ALLTID HVER PASIENT INDIVIDUELT.**

**Revisjon av medikasjon med antipsykotika og stemningsstabiliserende:** Legemiddelvurdering er viktig dersom:

- Rask vektøkning (f.eks. 3-4 kg <3 mnd) etter start av antipsykotika.
- Rask forverring (<3 mnd) av lipidverdier, BT eller blodsukkerverdier. Psykiateren bør vurdere om uheldige endringer er forårsaket av antipsykotika. Om dette er tilfellet bør det vurderes om et alternativt legemidderegime kan forventes å gi mindre bivirkninger:
- Rasjonaliser eventuelt polyfarmasi
- Endring av antipsykotisk medikasjon krever nøye vurdering av forventede fordeler ved reduksjon ved mot risiko for forverring av psykoseidelsen
- Legemiddeltutprøving bør minst vare i 4-6 uker med optimale doser av antipsykotika
- Dersom klinisk vurdering og pasientens opplevelse tilsier at en likevel fortsetter med eksisterende behandling trengs jevnlig videre monitorering og vurdering av risikobildet

Øket kardiometabolsk risiko ved psykoseidelser:

**IKKE BARE OBSERVÉR  
- INTERVENÉR!**

FARESONE?

TILTAK!

MÅL

Shiers D. et al. *Positive Cardiometabolic Health Resource*. Royal College of Psychiatrists, London.

Med tilkatebe fra:

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

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

Med støtte fra Norsk psykiatrisk forening.

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

## Monitorering ved bruk av antipsykotika: Når og hva

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

<sup>1</sup>Røyking, kosthold og fysisk aktivitet.

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

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

# Norrisk 2

## **Risikokalkulator (primærprofylakse)**

- 10-års risiko for akutt hjerteinfarkt eller hjerneslag, inkludert kardiovaskulær død
- [NORRISK 2 – risikokalkulator - NHI.no](#)

# Andre tiltak

- Undervisning/psykoedukasjon/informasjon til pasienter og pårørende
- Fokus på livsstilsintervensjoner
- Tettere oppfølging av pasienter
- Utdanning av helsepersonell
- Fokus på mental helse i befolkningen

