

Markant somatisk översjuklighet vid allvarlig psykisk sjukdom

Jarl Torgerson, docent, överläkare, internmedicin, VO Psykiatri Psykos, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
 ● jarl.torgerson@vgregion.se

Lise-Lotte Risö Bergerlind, specialist i psykiatri, leg psykoterapeut, chef, Kunskapsstöd för psykisk hälsa, koncernstab hälso- och sjukvård, Västra Götalandsregionen

Socialstyrelsen har genomlyst överdödligheten, den somatiska översjukligheten och underbehandlingen av somatiska sjukdomar hos psykiskt sjuka i allmänhet och psykopatienter i synnerhet. Data pekar envist åt samma håll. Patienter med allvarlig psykisk sjukdom är en i somatiskt hänseende vanlottad grupp i svensk sjukvård [1-6]. Socialstyrelsens resultat stöds dessutom av aktuell forskning avseende diabetes och hjärt-kärlsjukdom hos psykopatienter [7-8].

Ökad sjuklighet och dödlighet

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet avser dödligheten i diagnoser som bedöms möjliga att påverka med olika medicinska insatser, som tidig upptäckt och adekvat akut och sekundärpreventiv behandling. Till sådana diagnoser hör diabetes, stroke och hjärtinfarkt. Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten uppgår till ca 50 fall per 100 000 individer och år i befolkningen som helhet (18-79 år). Bland individer som vårdats för psykos är siffran tre gånger så hög. Patienter som vårdats inom psykiatrin för annat än psykosjukdom hamnar mitt emellan med ca 100 fall [6].

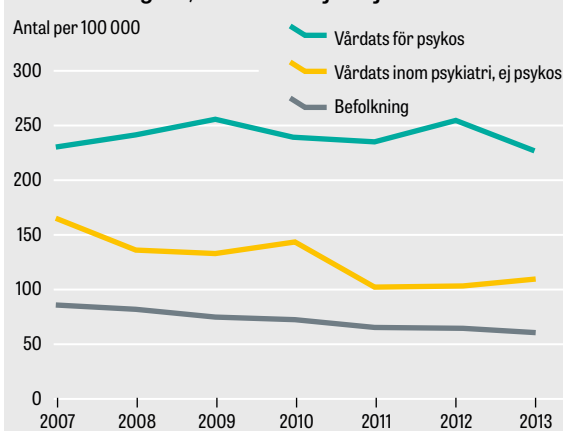
När Socialstyrelsen analyserar dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom blir skillnaderna än tydligare (Figur 1). I befolkningen som helhet avlider drygt 50 per 100 000 individer och år, medan antalet dödsfall bland individer med psykosjukdom är ca 225. Bland patienter som vårdats inom psykiatrin utan att lida av psykosjukdom dör i storleksordningen 125. Under det redovisade tidsintervallet sjunker dessutom den årliga dödligheten både i normalbefolkningen och hos de icke-psykotiska patienterna, medan den ligger väsentligen stabilt hos de psykosjuka [6].

I en nationell registerbaserad långtidsuppföljning

HUVUDBUDSKAP

- Patienter med allvarlig psykisk sjukdom har en betydande överdödlighet och översjuklighet i somatiska sjukdomar.
- Patienter med allvarlig psykisk sjukdom får i mindre grad än psykiskt friska ett adekvat medicinskt omhändertagande vid somatisk sjukdom.
- Ogynnsamma levnadsvanor, metabola bieffekter av psykofarmaka, kognitiv nedsättning och suboptimal organisation av hälso- och sjukvården är bidragande faktorer.
- I Västra Götalandsregionen införs en medicinsk riktlinje för årliga hälsosamtal och somatisk kontroll av patienter med långvarig psykisk ohälsa.
- Verksamhetsområde Psykiatri Psykos vid Sahlgrenska universitetssjukhuset har anställt en invärtesmedicinare som somatiskt konsultstöd.

FIGUR 1. Dödlighet, ischemisk hjärtsjukdom



► Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom angiven i dödsfall per 100 000 invånare, 18-79 år, åldersstandardiserade värden.
 Källa: Dödsorsaksregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

av kardiovaskulär död vid schizofreni studerades dödligheten i koronar hjärtsjukdom, akut hjärtinfarkt, cerebrovaskulär sjukdom, hjärtsvikt och arytmer. Kardiovaskulär sjukdom var den dominerande dödsorsaken och vanligare än självmord. Schizofrena patienter dog hjärt-kärlöden vid drygt 70 års ålder jämfört med normalbefolkningens drygt 80 år [8].

I själva verket är medellivslängden bland psykosjuka 15-30 år kortare än i befolkningen, vilket huvudsakligen beror på somatiska sjukdomar och inte på självmord [9]. Vid depression och ångest ses 5-10 år kortare livslängd. Som jämförelse ser vi bland individer med tungt narkotikamissbruk 25-30 år kortare medellivslängd [10].

Diabetes typ 2, prediabetes och det metabola syndromet är vanligt förekommande hos individer med psykos. I en svensk studie med patienter i psykiatrisk öppenvård hade 10 procent diabetes, vilket var 2,7 gånger mer än bland icke-psykotiska kontrollindivider. Dessutom hade 10 procent av psykopatienterna förhöjt fasteblodssocker, att jämföra med 3,8 procent i kontrollgruppen. Hela 45 procent av psykopatienterna hade fullt utvecklat metabolt syndrom [7].

Underbehandling av somatisk samsjuklighet

Vid en jämförelse mellan diabetespatienter med och utan psykosjukdom eller ångest/depression framgår det att de psykiskt sjuka i betydligt lägre omfattning behandlas med blodfettssänkande läkemedel. Samma förhållande gäller också diabetiker med samtidigt alkohol- eller narkotikamissbruk [1]. Det är viktigt att notera att Socialstyrelsens jämförelser av läkemedels-

behandling bygger på uthämtade recept och inte på vilka läkemedel som förskrivits.

En motsvarande jämförelse mellan patienter med hjärtinfarkt med eller utan psykisk sjukdom visar klart att psykiskt sjuka får en sämre farmakologisk sekundärprofylax. Vidare blir de i signifikant mindre omfattning föremål för PCI (perkutan koronarintervention) i det akuta skedet [3].

Strokedrabbade patienter med psykisk sjukdom får även de en sämre sekundärpreventiv läkemedelsbehandling (Tabell 1). De psykiskt sjuka blir också i mindre omfattning föremål för halskärlskirurgi [2]. Dessutom får de i mindre omfattning behandling med antikoagulantia vid förmaksflimmer och andra samtidiga riskfaktorer för stroke [6].

Även inom cancerområdet är de psykiskt sjuka mer drabbade än normalbefolkningen (Figur 2). Den dödsorsaksspecifika femårsöverlevnaden i cancer är ca 60 procent hos individer med psykos eller ångest/depression jämfört med 70 procent i befolkningen. En analys av bröstcancerpatienter visar att de psykiskt sjuka kvinnorna upptäcks i mer avancerade och prognostiskt ogynnsammare stadier av sjukdomen. De kommer senare till diagnos än sina psykiskt friska medstrar [4].

Bakomliggande faktorer

SBU konstaterade 2014 att den somatiska översjukligheten hos patienter med schizofreni till stor del beror på en kombination av ogynnsam livsstil och överviktsinducerande läkemedelsbehandling. Fetma, fysisk inaktivitet och rökning är betydligt vanligare och tillgången till vård och regelbundna hälsokontroller lägre än hos den övriga befolkningen [11].

Psykofarmaka har ofta viktuppgång som biverkan, vilket ökar risken att utveckla diabetes typ 2 och hjärt-kärlsjukdom [12]. Samtidigt finns studier som pekar på att risken för såväl total som kardiovaskulär död hos patienter med schizofreni är kopplad till graden av läkemedelsexponering. Lägst risk sågs vid behandling med adekvata doser, medan såväl under- som överbehandling ökade risken, vilket talar för att icke-farmakologiska faktorer också är av betydelse [13].

Hos psykospatienter bidrar dessutom kognitiv nedsättning, negativa symtom och vanföreställningar ytterligare till den somatiska sjukdomsörddan. Patienterna kan ha svårigheter att rätt tolka och agera på symtom och att omsätta livsstilsråd i praktiken, och de riskerar att överhuvudtaget inte bli tagna på allvar när de söker för kroppsliga symtom. Att hälso- och sjukvården så tydligt skiljer psykiatri och somatik åt, såväl organisatoriskt som geografiskt, torde heller inte underlätta för patienterna att få rätt medicinsk hjälp [14].

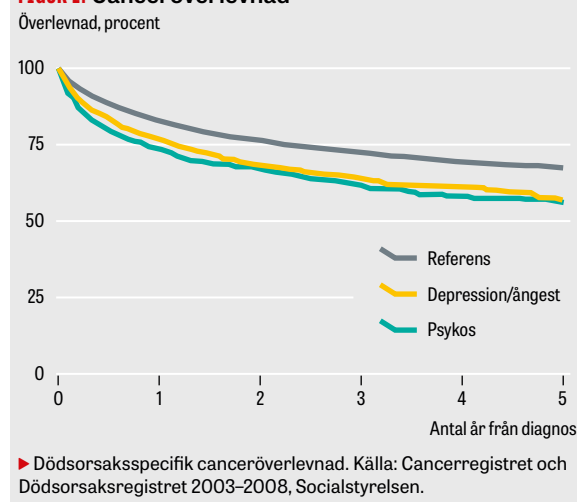
Alltsedan den stora omställningen av psykiatrin på 1990-talet utgör primärvården första linjens somatiska sjukvård för patienter med psykisk sjukdom. Tidigare, under de stora mentalsjukhusens epok, sköttes de intagnas kroppsliga hälsa ofta av invärtesmedicinare knutna till psykiatrin. I samband med avinstitutionaliseringen efterfrågades inte längre internister med stor erfarenhet av att handlägga somatik hos psykiskt sjuka. Man kan i efterhand fråga sig om det var alltigenom välbetänkt. Även om psykiatrin ändrade skepnad och fick sin tyngdpunkt i den öppna vår-

TABELL 1. Andel patienter som hämtat ut läkemedel inom sex månader efter stroke. Redovisat per kön och psykiatrisk diagnos (procent).

Patienter	Blodtryckssänkande	Blodfettssänkande	Blodförtunnande
Män			
Referens	80	61	62
Depression/ångest	74	50	39
Psykos	70	37	24
Kvinnor			
Referens	81	57	57
Depression/ångest	75	46	31
Psykos	69	38	35

Referensgruppen utgörs av patienter som inte har en samtidig psykiatrisk diagnos. Värdena är åldersstandardiserade och exkluderar patienter som avlider under uppföljningstiden. Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

FIGUR 2. Canceröverlevnad



den fanns ju patienterna och deras speciella behov och förutsättningar kvar. Den överdödlighet, översjuklighet och underbehandling som redovisats ovan tyder ju på att hälso- och sjukvården har en betydande förbättringspotential på detta område.

Somatisk årskontroll

I Västra Götalandsregionen fastställdes hösten 2016 en regional medicinsk riktlinje avseende årligt hälso-samtal och somatisk kontroll av patienter med långvarig psykisk ohälsa [15]. Mot bakgrund av överdödligheten anger riktlinjen att patienter med långvarig psykisk sjukdom ska erbjudas ett årligt hälsosamtal och ett somatiskt inriktat läkarbesök med fokus på hjärt-kärlsjukdom, diabetes och cancer. Inför besöket ska en standardiserad kartläggning av levnadsvanor ha genomförts. Dessutom ska blodprov och EKG kontrolleras.

Visar det sig att patienten behöver stöd för att förändra levnadsvanor ska detta kunna erbjudas inom specialistpsykiatrin. Om det vid årskontrollen framkommer behov av vidare somatisk utredning och behandling ska patienten remitteras till primärvård eller somatisk specialistvård. Riktlinjen föreskriver att allmänläkare, om så krävs, träffar patienten och dennes kontaktper-

son på den psykiatriska öppenvårdsmottagningen. För detta utgår ersättning som vid hembesök.

Nyligen presenterade brittiska Royal College of Psychiatrists ett handlingsprogram för att bättre hantera den somatiska översjukligheten hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom [16]. Bland de många åtgärdsförslag som redovisas är det särskilt ett som tar sikte på den organisatoriska separationen av kropp och själ. Utgångspunkten är att om det finns två separata dörrar in i vården, en somatisk och en psykiatrisk, så innebär det alltför ofta att patienterna inte får det kompletta medicinska omhändertagande deras tillstånd motiverar.

Ett sätt att komma åt detta vore, menar engelsmännen, att mycket tydligare än i dag införa konsultationsomatiker (liaison physicians) som en pendang till den etablerade konsultationspsykiatrin, alltså ett system med specialinriktade och kunniga allmänläkare eller invärtesmedicinare som kan ge psykiatrin och dess patienter somatiskt konsultstöd på plats i vardagen - inte som en avlägsen helpdesk utan konkret och direkt. Behovet av konsultationsomatiker grundar sig på patienternas ofta multipla och komplexa somatiska sjuklighet och deras svårigheter att av egen kraft vidta rimliga livsstilsåtgärder och att ta sig fram i sjukvården för att boka återbesök, ta influensavaccin eller gå till sjukgymnast. En aktuell svensk studie visar på behovet av personer/funktioner, till exempel konsultationsomatiker eller samordnare (case managers), som kan hjälpa till att överbygga vårdens organisatoriska klyftor och den ofta bristande kontinuiteten [14].

Enligt det brittiska förslaget skulle en permanent somatisk konsults arbetsuppgifter innefatta medicinskt stöd i enskilda patientärenden, inom såväl öppen som slutna psykiatrisk vård. Dessutom ska konsulten delta i arbetet med att ta fram lokala medicinska riktlinjer och instruktioner, utbilda personal, patienter och anhöriga samt vara engagerad i klinikens FoU-arbete.

Somatisk konsult i psykiatrin

Det finns givetvis andra vägar att förse psykiatrin med somatiskt konsultstöd. Ett sätt vore att några timmar per vecka knyta en allmänmedicinare till en

psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Enklaste sättet att finansiera detta vore nog att erbjuda vårdcentralen ifråga motsvarande psykiatrisk hjälp.

På verksamhetsområde Psykiatri Psykos, Sahlgrenska universitetssjukhuset, finns sedan några år tillbaka en fast anställd somatisk konsult med arbetsuppgifter i linje med det brittiska förslaget - ett konsultstöd tänkt att komplettera primärvårdens insatser. Det handlar om att öka medvetenheten bland klinikkens medarbetare om den somatiska samsjukligheten i patientgruppen, men också om att erbjuda de patienter som inte vågar, kan eller vill ta kontakt med primärvården medicinsk hjälp. Den årliga somatiska hälsokontrollen är en av källorna till interna somatiska konsultationer.

Patientmötena sker såväl på klinikens öppenvårdsmottagningar som, när det är lämpligare, vid hembesök med läkarväska och bärbar EKG-apparat. Det handlar bland annat om att initiera behandling vid nyupptäckt diabetes, hypertoni eller hypotyreoos, att diagnostisera och behandla KOL, att bena ut vad som är ångest och vad som är hjärtsjukdom och att ge livsstilsråd vid övervikt och fetma. En viktig uppgift har varit att driva frågan om influensavaccination.

En utmaning

Hälsa- och sjukvården, inte minst psykiatrin, står inför en betydande utmaning när det gäller somatisk sjuklighet, dödlighet och underbehandling hos patienter med samtidig psykisk sjukdom. Det handlar om såväl primär- och sekundärprofylaktiskt arbete med levnadsvanor som diagnostiska och terapeutiska medicinska insatser.

När psykiskt sjuka patienter söker vård med kliniska symtom och manifest sjuklighet förmår vi ofta inte ge dem behandling av samma medicinska standard som vi erbjuder patienter utan psykisk samsjuklighet [2]. Detta är ett missförhållande som diskuterades i Läkartidningen redan för 30 år sedan [17] och som vi inte längre kan blunda för. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2018;115:E6AM*

REFERENSER

- Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - diabetes. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnr 2011-2-5.
- Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - stroke. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnr 2011-5-3.
- Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - akut hjärtinfarkt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnr 2011-6-15.
- Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - cancer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnr 2011-6-22.
- Nationell utvärdering 2013 - vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Artikelnr 2013-6-27.
- Öppna jämförelser 2014. Jämlik vård. Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Artikelnr 2014-12-26.
- Olsson E, Westman J, Sudic Hukic D, et al. Diabetes and glucose disturbances in patients with psychosis in Sweden. *BMJ Open Diabetes Res Care.* 2015;3(1):e000120.
- Westman J, Eriksson SV, Gissler M, et al. Increased cardiovascular mortality in people with schizophrenia: a 24-year national register study. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2017;(Jun 5):1-9.
- Pillinger P, Beck K, Gobjila C, et al. Impaired glucose homeostasis in first-episode schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2017;74(3):261-9.
- Tonnesen H. Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och somatisk sjukdom. I: *SOU 2011:6. Missbruket, kunskapen, vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga.* Delbetänkande av Missbruksutredningen. Stockholm: Socialdepartementet; 2011. p. 237-77.
- Åtgärder för att stödja personer med schizofreni att förändra ohälsosamma levnadsvanor. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2014. SBU-rapport 232.
- Leucht S, Cipriani A, Spinelli L, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet.* 2015;382(9896):951-62.
- Torniainen M, Mittendorfer-Rutz E, Tanskanen A, et al. Antipsychotic treatment and mortality in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2015;41(3):656-63.
- Björk Brämberg E, Torgerson J, Norman Kjellström A, et al. Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: a qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care. *BMC Fam Pract.* 2017;19(1):12.
- Västra Götalandsregionen. Regional medicinsk riktlinje. Årligt hälsosamtal och somatisk kontroll av patienter med långvarig psykiatrisk ohälsa. [https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/30011/%c3%85-ligt%20h%c3%a4lso-samtal%20och%20somatisk%20kontroll%20av%20patienter%20med%20%20c3%a5ngvarig%20psykiatrisk%20oh%c3%a4lsa%20\(oktober%202016\).pdf?_afalse&guest=true](https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/30011/%c3%85-ligt%20h%c3%a4lso-samtal%20och%20somatisk%20kontroll%20av%20patienter%20med%20%20c3%a5ngvarig%20psykiatrisk%20oh%c3%a4lsa%20(oktober%202016).pdf?_afalse&guest=true)
- Working Group for Improving the Physical Health of People with SMI. Improving the physical health of adults with severe mental illness: essential actions (OP 100). London: Royal College of Psychiatrists; 2016.
- Strömberg G, Westman G. Psykiskt störda får bristfällig somatisk vård. *Läkartidningen.* 1998;95:2097-9.

SUMMARY

Increased somatic morbidity in patients with severe mental illness

Patients with severe mental illness suffer an increased somatic mortality and morbidity from cardiovascular disease, diabetes and cancer. Furthermore, they are less likely to have adequate diagnostic and therapeutic procedures for somatic disorders. Life style issues, side effects of pharmacotherapy, cognitive impairment and suboptimal organization of the health care system all contribute. In total, a challenging situation that has to be addressed by the health care system.

In Region Västra Götaland, Sweden, new medical routines for psychiatric patients are currently implemented. All patients should be offered an annual medical somatic checkup, including blood tests and ECG, and be advised about their life style, i.e. diet, exercise, smoking and alcohol.

At the Department of psychosis, Sahlgrenska University Hospital, Göteborg, Sweden, a new permanent position as senior consultant in internal medicine/liaison physician has been established.