

Psykisk syke lever kortere

Den forventede levetid er omkring 20 år kortere for mennesker med alvorlige psykiske lidelser enn for befolkningen for øvrig. Nesten 60 % av overdødeligheten kan tilskrives somatiske sykdommer med stort potensial for forebygging. Mye tyder på at det svikter når det gjelder forebygging og behandling av vanlige somatiske sykdommer hos denne gruppen pasienter.

Lars Lien

lars.lien@medisin.uio.no

Gitte Huus

Gunnar Morken

Studier fra våre nordiske naboland Sverige, Finland og Danmark viser at menn og kvinner som har vært sykehusinnlagt med en psykiatrisk diagnose har henholdsvis 20 og 15 års kortere levealder enn resten av befolkningen (1). Til tross for store endringer i tilbudet til mennesker med psykiske lidelser er dette gapet ikke blitt vesentlig mindre de siste 20 årene (1).

Overdødeligheten er til stede i alle psykiatriske diagnosegrupper. Den er høy innenfor alle somatiske sykdomsgrupper, som hjerte- og karsykdommer, diabetes, kreft og infeksjoner, og er høyest hos dem med rusmiddelavhengighet og lavest hos dem med affektive lidelser (2). Omtrent 40 % av totaloverdødeligheten hos pasienter med schizofreni skyldes unaturlig død, mens ca. 60 % kan tilskrives somatisk sykdom. For mennesker med bipolar lidelse eller schizofreni er dødeligheten av hjerte- og karsykdom 2–3 ganger høyere enn for resten av befolkningen (3).

Tall fra Australia for perioden 1985–2005 viser at gapet i forventet levealder mellom dem som har kontakt med psykisk helsevern og resten av befolkningen økte med 2,4 år for menn og 1,6 år for kvinner (4). Studien viste videre at 77 % av overdødeligheten var knyttet til medisinske tilstander, hvorav hjerte- og karsykdommer sto for 30 % og kreft for 14 %, mens selvmord bare var knyttet til 14 % av overdødeligheten (4).

En dansk studie viste at over tre firedeler av psykisk syke mennesker har en eller flere somatiske sykdommer og at en seksdel har fire eller flere fysiske plager som trenger behandling (5). Den samme studien viste at mange av sykdommene var livsstilsrelaterte og at det var betydelig flere dagligrøykere og mennesker med et høyt alkoholkonsum enn i den generelle befolkningen (5). Mennesker med psykiske lidelser har større risiko for røykerelatert sykdom (6).

Underbehandling

I en metaanalyse av 61 sammenliknende studier av antall forskrevne resepter på 12 ulike legemidler, inkludert betablokkere, statiner, insulin, betennelsesdempende medikamenter, HAART-medisiner og anti-coagulerende midler, til to millioner mennesker fant man at pasienter med psykiske tilleggslidelser fikk forskrevet langt færre medikamenter for en spesiell lidelse enn pasienter uten psykiske problemer (7).

Studien viste at risikoen for underbehandling av somatisk sykdom var 12 % høyere hos personer med schizofreni og 10 % høyere hos personer med affektive lidelser enn for kontrollgruppen. De største forskjellene gjelder behandling av hjerte- og karsykdommer, men også for operative inngrep er det skjevheter. Kun halvparten så mange av dem med psykiske lidelser og samtidig hjerte- og karsykdom opereres i forbindelse med denne, sammenliknet med personer uten psykisk lidelse (8).

En mulig forklaring på underbehandlingen kan være forhold ved den psykiske lidelsen eller ruslidelsen, for eksempel en livsstil som gjør det utfordrende å gi god medisinsk behandling. Bivirkninger av medikamenter knyttet til interaksjonen med psykofarmaka eller rusmisbruk kan være en annen mulig årsak. Holdninger hos helsepersonell kan også bidra til underbehandlingen – ved at man neglisjerer behovet for oppfølging somatisk gjennom lave forventninger til den fysiske helsen og ved å utsette somatisk behandling til den primære psykiske lidelsen er behandlet (9).

Hvordan redusere forskjellene?

En randomisert studie med pasienter med alvorlig depresjon viste at de som fikk bedre oppfølging enn standardbehandlingen, hadde en dødelighet på nivå med befolkningen generelt, mens de som fikk vanlig behandling, hadde en overdødelighet på 24 % (10).

Men det er også behov for økt vekt på forebygging av livsstilssykdommer hos dem med psykiske lidelser, med utgangspunkt i kjente anbefalinger om kosthold,

røyking, alkohol og mosjon (11). Risikofaktorene bør følges tett og intervensjoner planlegges med utgangspunkt i den enkelte pasients hverdag – forandring med små skritt. Det må legges en plan for oppfølging av den somatiske helsetilstanden hos hver enkelt pasient, og man må ta hensyn til at noen ikke har den energi og evne til egenomsorg som mange uten psykisk lidelse har.

Det er god dokumentasjon for at forebygging av livsstilssykdommer har effekt hos pasienter med psykiske lidelser. Studier for å fremme økt fysisk aktivitet hos mennesker med schizofrenisykdom har gjennomgående positive resultater (12), det samme gjelder røykeslutt hos deprimerte (13). En systematisk oversikt viser at røykeslutt er assosiert med reduksjon i depresjon, angst og stress samt bedring av humør og livskvalitet sammenliknet med det å fortsette å røyke (14).

Det danske sunnhetsvesen utarbeidet en visjon om å redusere overdødeligheten hos mennesker med psykiske lidelser gjennom prosjektet Høgere middellevetid for psykiatriske pasienter (15). Det ble utarbeidet retningslinjer, der det anbefales at alle pasienter screenes for risikofaktorer ved første kontakt. Personalet skal avsette tid til en forebyggingssamtale og eventuelt henvise til veiledning og røykeavvenning og sørge for at fastlegen blir informert (15).

Den somatiske oppfølgingen må styrkes

Det er behov for bedre kompetanse innen somatisk diagnostikk og behandling i psykisk helsevern også i Norge, og det trengs et styrket samarbeid med resten av spesialisthelsetjenesten og fastlegene. Det bør bli lavere terskel for å få tilgang til somatisk tilsyn, og leger i somatiske avdelinger har behov for økt psykiatrisk kunnskap. En mer systematisk screening og intervensjon ved funn vil føre til at flere mennesker med psykiske lidelser får riktig behandling. Personer med psykiske lidelser kan da potensielt oppnå samme reduksjon i dødelighet av hjerte- og karsykdommer som i resten av befolkningen (16).



Illustrasjon © Superpop

Nasjonale faglige retningslinjer gir anbefalinger om somatisk utredning og tiltak mot risikofaktorer. I psykoseretningslinjene anbefales det at aktiv motivasjon og tilrettelegging for fysisk aktivitet bør inngå som en viktig del av en helhetlig behandling, dessuten at den somatiske helsetilstanden må vurderes jevnlig og følges opp med minst én årlig kontroll. I kapitlet om legemiddelbehandling beskrives også hva som bør inngå i en somatisk undersøkelse før oppstart av behandling (17).

Helsemyndighetene ønsker en videre utvikling av et fleksibelt helsevesen der man legger til rette for behandling av dem som har vanskelig for å ta imot dette – med spesialiserte team, lavterskeltiltak innen rusbehandling og annen ambulant behandling. Videre er pasientsikkerhetskampanjer, handlingsplanen mot selvmord og selvskading, den femårige nasjonale overdosestrategien og arbeidet for å redusere og behandle hepatitt C viktige tiltak for å redusere prematur død for denne gruppen.

Helsedirektoratet ønsker også større vekt på forebyggende tiltak og har gitt ut to bøker som kan være til hjelp i arbeidet med å forebygge livsstilsproblemer – *Kosthåndboken. Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten* (18) og *Aktivitets-*

håndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling (19).

Flere helseforetak og kommuner har i lengre tid hatt tilbud om fysisk aktivitet og har bidratt med kostholdsråd rettet mot pasientgruppen, og enkelte avdelinger har mer systematisk oppfølging av bivirkninger knyttet til antipsykotisk medikamentell behandling enn andre. Norske studier har for eksempel vist at mennesker med schizofreni er i stand til å gjennomføre fysisk trening med høy intensitet, noe som har gitt betydelig bedring av styrke og oksygenopptak (20, 21), og nasjonale forskningsnettverk innen alvorlige psykiske lidelser planlegger styrket innsats innen forebygging av hjerte- og karsykdom i pasientgruppen i årene som kommer.

Konklusjon

Det er en betydelig overdødelighet hos pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser. En stor del av den økte dødeligheten er knyttet til økt forekomst av og mangelfull oppfølging av somatisk sykdom, som nærmest er blitt neglisjert. Det er behov for et krafttak når det gjelder forebygging av hjerte- og karsykdommer spesielt og behandling og oppfølging av annen somatisk sykdom i pasientgruppen.

Lars Lien (f. 1960)

er spesialist i psykiatri og i samfunnsmedisin, leder for Nasjonal kompetansetjeneste for samtidige rusproblemer og psykiske lidelser og professor II ved Avdeling for folkehelse, Høgskolen i Hedmark.

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

Gitte Huus (f. 1967)

er cand.polit., sosialantropolog og avdelingsdirektør for Avdeling psykisk helsevern og rus i Helsedirektoratet.

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

Gunnar Morken (f. 1956)

er professor i psykiatri ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, overlege i Divisjon psykisk helsevern, St. Olavs hospital, og avdelingssjef for Avdeling for forskning og utvikling samme sted.

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

Litteratur

1. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M et al. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 453–8.
2. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J 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* 2013; 8: e55176.
3. Laursen TM, Wahlbeck K, Hällgren J et al. Life expectancy and death by diseases of the circulatory system in patients with bipolar disorder or schizophrenia in the Nordic countries. *PLoS ONE* 2013; 8: e67133.
4. 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.
5. Fysisk sundhed hos psykisk syke. Århus: Center for folkesundhed, Region Midtjylland, 2008.
6. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 212–7.
7. Mitchell AJ, Lord O, Malone D. Differences in the prescribing of medication for physical disorders in individuals with v. without mental illness: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2012; 201: 435–43.
8. Laursen TM, Munk-Olsen T, Agerbo E et al. Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 713–20.
9. Harangozo J, Reneses B, Brohan E et al. Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. *Int J Soc Psychiatry* 2013; 60: 359–66.
10. Gallo JJ, Morales KH, Bogner HR et al. Long term effect of depression care management on mortality in older adults: follow-up of cluster randomized clinical trial in primary care. *BMJ* 2013; 346: f2570.
11. Helsedirektoratet. Folkehelse. www.helsedirektoratet.no/FOLKEHELSE/Sider/default.aspx (11.12.2014).
12. Gorczynski P, Faulkner G. Exercise therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 12: CD004412.
13. Taylor G, McNeill A, Girling A et al. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2014; 348: g1151.
14. Park A-L, McDaid D, Weiser P et al. Examining the cost effectiveness of interventions to promote the physical health of people with mental health problems: a systematic review. *BMC Public Health* 2013; 13: 787.
15. Arbejdsgruppen om Højere middellevetid for psykiatriske patienter. Højere middellevetid for psykiatriske patienter. Bidrag til projektet højere kvalitet i psykiatrien fra København: Sunhedsministeriet, 2011.
16. Waterreus AJ, Laugharne JD. Screening for the metabolic syndrome in patients receiving anti-psychotic treatment: a proposed algorithm. *Med J Aust* 2009; 190: 185–9.
17. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser/Sider/default.aspx (1.10.2014).
18. Kosthåndboken. Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kosthandboken-veileder-i-erneringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten/Publikasjoner/IS-1972%20Kosthaandboken_Rev2014.pdf (1.10.2014).
19. Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/> (1.10.2014).
20. Heggelund J, Morken G, Helgerud J et al. Therapeutic effects of maximal strength training on walking efficiency in patients with schizophrenia – a pilot study. *BMC Res Notes* 2012; 5: 344.
21. Heggelund J, Nilsberg GE, Hoff J et al. Effects of high aerobic intensity training in patients with schizophrenia: a controlled trial. *Nord J Psychiatry* 2011; 65: 269–75.

Mottatt 24.6. 2014, første revisjon innsendt 10.10. 2014, godkjent 11.12. 2014. Redaktør: Anne Kveim Lie.