

Overdødelighet av NCD blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse

Ragnar Nesvåg

17.2.2021

De dør 15-20 år for tidlig

Alvorlige psykiske lidelser

- Schizofreni – 0,5 %
- Bipolar lidelse – 1-2%
- Alvorlig depressiv lidelse 2-3%?

Folkehelse rapporten, 2018

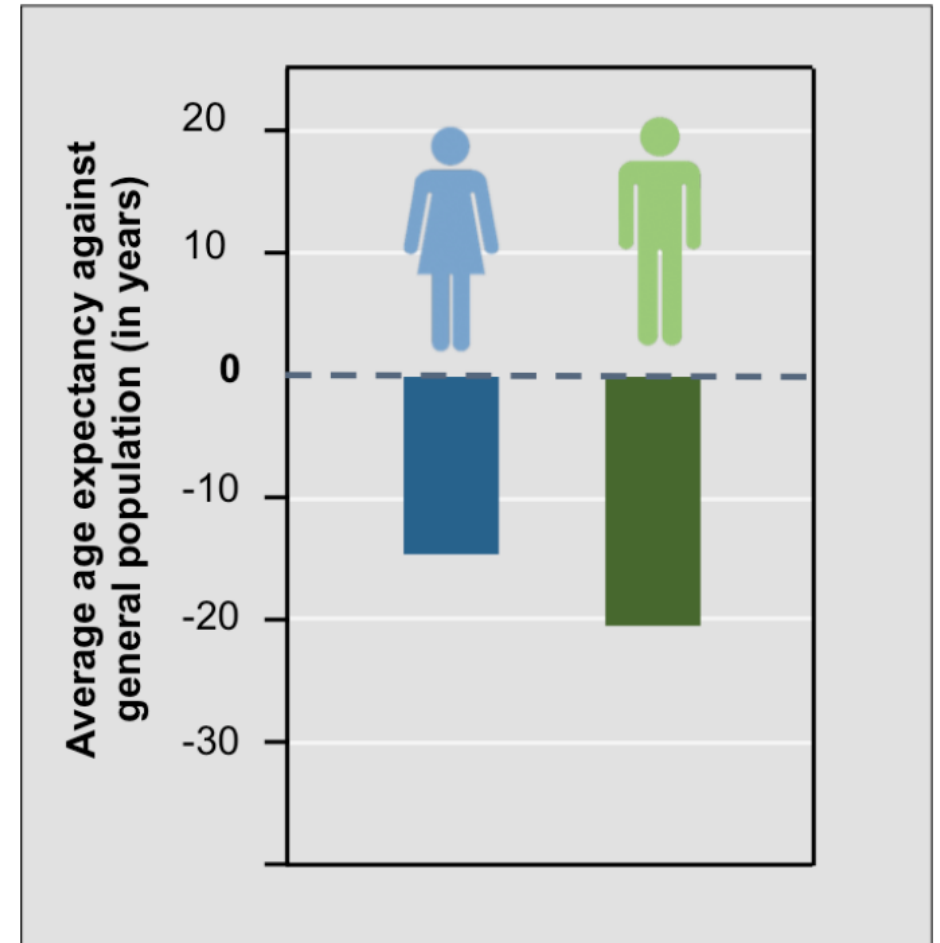


Figure 1. Difference in remaining life expectancy at age of 15 among female and male patients with schizophrenia compared to general population (adapted from Laursen et al.¹ from data collected in Denmark).

¹Laursen et al., PLoS ONE 2013

De dør i hovedsak av naturlige årsaker

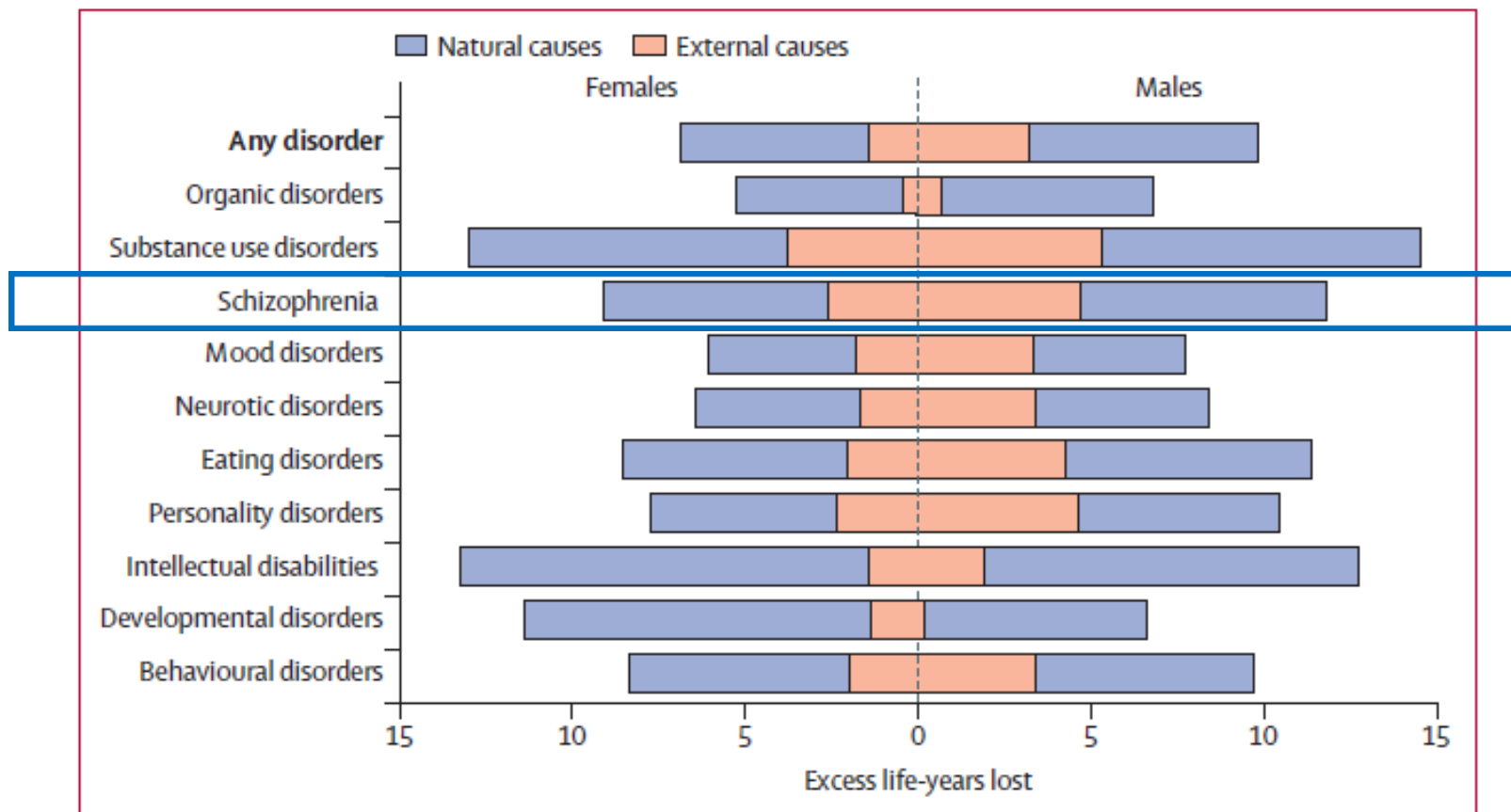


Figure 3: Excess life-years lost for individuals with any mental disorder and each specific type of mental disorder compared with the general Danish population of the same sex and age

RESEARCH REPORT

Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review

EDWARD CHESNEY, GUY M. GOODWIN, SEENA FAZEL

Department of Psychiatry, University of Oxford, Warneford Hospital, Oxford OX3 7JX, UK

A meta-review, or review of systematic reviews, was conducted to explore the risks of all-cause and suicide mortality in major mental disorders. A systematic search generated 407 relevant reviews, of which 20 reported mortality risks in 20 different mental disorders and included over 1.7 million patients and over a quarter of a million deaths. All disorders had an increased risk of all-cause mortality compared with the general population, and many had mortality risks larger than or comparable to heavy smoking. Those with the highest all-cause mortality ratios were substance use disorders and anorexia nervosa. These higher mortality risks translate into substantial (10-20 years) reductions in life expectancy. Borderline personality disorder, anorexia nervosa, depression and bipolar disorder had the highest suicide risks. Notable gaps were identified in the review literature, and the quality of the included reviews was typically low. The excess risks of mortality and suicide in all mental disorders justify a higher priority for the research, prevention, and treatment of the determinants of premature death in psychiatric patients.

Key words: Mortality, suicide, mental disorders, substance use disorders, anorexia nervosa, meta-review

(World Psychiatry 2014;13:153–160)

Mulige årsaker til økt død av NCD

- Levevaner (røyking, usunt kosthold, fysisk inaktivitet)
- Ulik tilgang på helsetjenester
- Bruk av legemidler
- Sosioøkonomiske forhold (bolig, familie, inntekt)
- Genetikk

Færre får hjerte-/kar-diagnose før hjertedød, selv om nesten alle har vært hos lege

Results: Individuals with SCZ were 66% more likely (OR: 1.66; 95% CI: 1.39–1.98), women with BD were 38% more likely (adjusted OR: 1.38; 95% CI: 1.04–1.82), and men with BD were equally likely (OR: 0.88, 95% CI: 0.63–1.24) not to be diagnosed with CVD prior to cardiovascular death, compared to individuals without SMI. Almost all (98%) individuals with SMI and undiagnosed CVD had visited primary or specialized somatic health care prior to death, compared to 88% among the other individuals who died of CVD.

Conclusion: Individuals with SCZ and women with BD are more likely

Undiagnosed cardiovascular disease prior to cardiovascular death in individuals with severe mental illness

Heiberg IH, Jacobsen BK, Balteskard L, Bramness JG, Næss Ø, Ystrom E, Reichborn-Kjennerud T, Hultman CM, Nesvåg R, Høy A. Undiagnosed cardiovascular disease prior to cardiovascular death in individuals with severe mental illness.

Objective: To examine whether individuals with schizophrenia (SCZ) or bipolar disorder (BD) had equal likelihood of not being diagnosed with cardiovascular disease (CVD) prior to cardiovascular death, compared to individuals without SCZ or BD.

Methods: Multivariate logistic regression analysis including nationwide data of 72 451 cardiovascular deaths in the years 2011–2016. Of these, 814 had a SCZ diagnosis and 673 a BD diagnosis in primary or specialist health care.

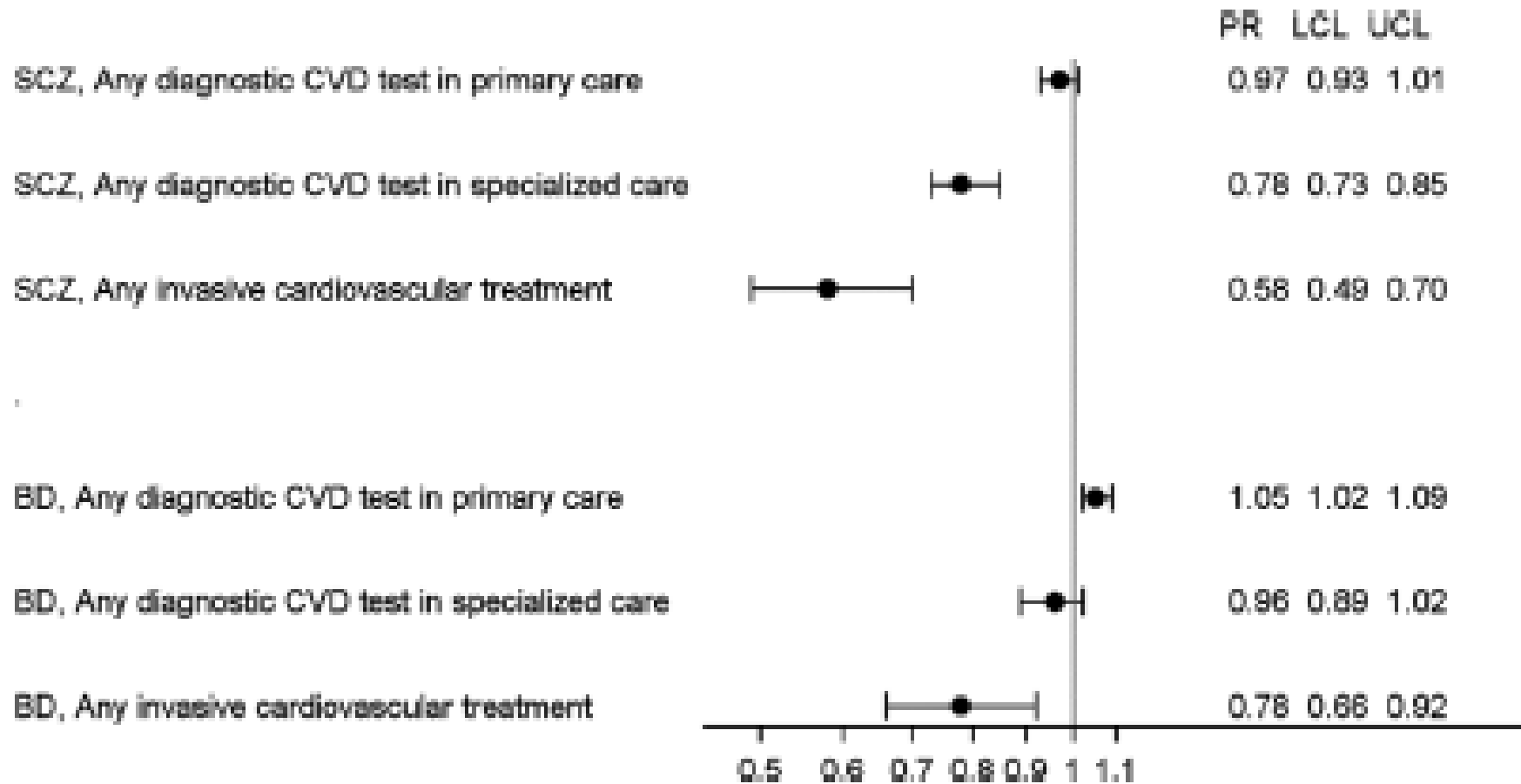
Results: Individuals with SCZ were 66% more likely (OR: 1.66; 95% CI: 1.39–1.98), women with BD were 38% more likely (adjusted OR: 1.38; 95% CI: 1.04–1.82), and men with BD were equally likely (OR: 0.88, 95% CI: 0.63–1.24) not to be diagnosed with CVD prior to cardiovascular death, compared to individuals without SMI. Almost all (98%) individuals with SMI and undiagnosed CVD had visited primary or specialized somatic health care prior to death, compared to 88% among the other individuals who died of CVD.

Conclusion: Individuals with SCZ and women with BD are more likely to die due to undiagnosed CVD, despite increased risk of CVD and many contacts with primary and specialized somatic care. Strengthened efforts to prevent, recognize, and treat CVD in individuals with SMI from young age are needed.

I. H. Heiberg¹, B. K. Jacobsen^{1,2,3}, L. Balteskard¹, J. G. Bramness^{4,5}, Ø. Næss^{6,7}, E. Ystrom^{8,9,10}, T. Reichborn-Kjennerud^{6,8}, C. M. Hultman^{11,12}, R. Nesvåg^{5,13}, A. Høy^{1,5,14}

¹Center for Clinical Documentation and Evaluation (SKDE), ²Department of Community Medicine, UiT – The Arctic University of Norway, ³Centre for Sami Health Research, Department of Community Medicine, UiT – The Arctic University of Norway, Tromsø, ⁴Norwegian National Advisory Unit on Concurrent Substance Abuse and Mental Health Disorders, Innlandet Hospital Trust, Hamar, ⁵Department of Clinical Medicine, UiT – The Arctic University of Norway, Tromsø, ⁶Institute of Health and Society, University of Oslo, ⁷Institute of Mental Disorders, Norwegian Institute of Public Health, ⁸Department of Psychology, University of Oslo, ⁹Pharmacoeconomics and Drug Safety Research Group, School of Pharmacy, University of Oslo, Oslo, Norway, ¹⁰Department of Medical Epidemiology and Biostatistics, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden, ¹¹Cahn School of Medicine, Mt Sinai Hospital, New York, NY, USA, ¹²Norwegian Medical Association, Oslo, and ¹³Division of Mental Health and Substance Abuse, University Hospital of North Norway, Tromsø, Norway

De får mindre behandling hos hjertespesialist



WHO setter fokus på somatisk helse i psykisk helsevern

- Bedre behandling
- Fokus på somatisk helse
- Endre levevaner
- Endret holdning
 - Tjenestene
 - Samfunnet



World Health Organization, 2015

Pakkeforløp for psykisk helsevern for voksne

Helsedirektoratet English Om oss

Forsiden

Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer

[Pakkeforløp](#) [Hva er pakkeforløp?](#)

1. Ivaretagelse og ansvar for oppfølging av somatisk helse og levevaner – pakkeforløp for psykisk helse og rus

2. Kardiometabolske risikofaktorer – pakkeforløp for psykisk helse og rus

3. Røyking – pakkeforløp for psykisk helse og rus

4. Ernæring, fysisk aktivitet og søvn – pakkeforløp for psykisk helse og rus

5. Somatiske følgetilstander ved problematisk alkoholbruk – pakkeforløp for psykisk helse og rus

6. Somatiske komplikasjoner ved injisering av rusmidler – pakkeforløp for psykisk helse og rus

7. Tannhelse – pakkeforløp for psykisk helse og rus

8. Om pakkeforløpet

Søk i pakkeforløp

1. Ivaretagelse og ansvar for oppfølging av somatisk helse og levevaner – pakkeforløp for psykisk helse og rus

2. Kardiometabolske risikofaktorer – pakkeforløp for psykisk helse og rus

Kardiometabolske risikofaktorer

3. Røyking – pakkeforløp for psykisk helse og rus

Oppfølging av røyking hos pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer

Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer

- Ivaretagelse og ansvar for oppfølging av somatisk helse og levevaner – pakkeforløp for psykisk helse og rus
- Kardiometabolske risikofaktorer – pakkeforløp for psykisk helse og rus**
- Røyking – pakkeforløp for psykisk helse og rus
- Ernæring, fysisk aktivitet og søvn – pakkeforløp for psykisk helse og rus
- Somatiske følgetilstander ved problematisk alkoholbruk – pakkeforløp for psykisk helse og rus
- Somatiske komplikasjoner ved injisering av rusmidler – pakkeforløp for psykisk helse og rus
- Tannhelse – pakkeforløp for psykisk helse og rus
- Om pakkeforløpet

2. Kardiometabolske risikofaktorer – pakkeforløp for psykisk helse og rus

✓ Kardiometabolske risikofaktorer

Det bør gjøres en vurdering av hvorvidt det foreligger risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer eller diabetes hos alle med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Diabetes er en egen risikofaktor for hjerte- og karsykdom. Viktige kardiometabolske risikofaktorer er:

- røyking
- inaktiv livsstil
- uheldig kosthold
- forhøyet blodtrykk
- forhøyet blodsukker / diabetes type II
- forhøyet kolesterol / dyslipidemi
- overvekt/fedme

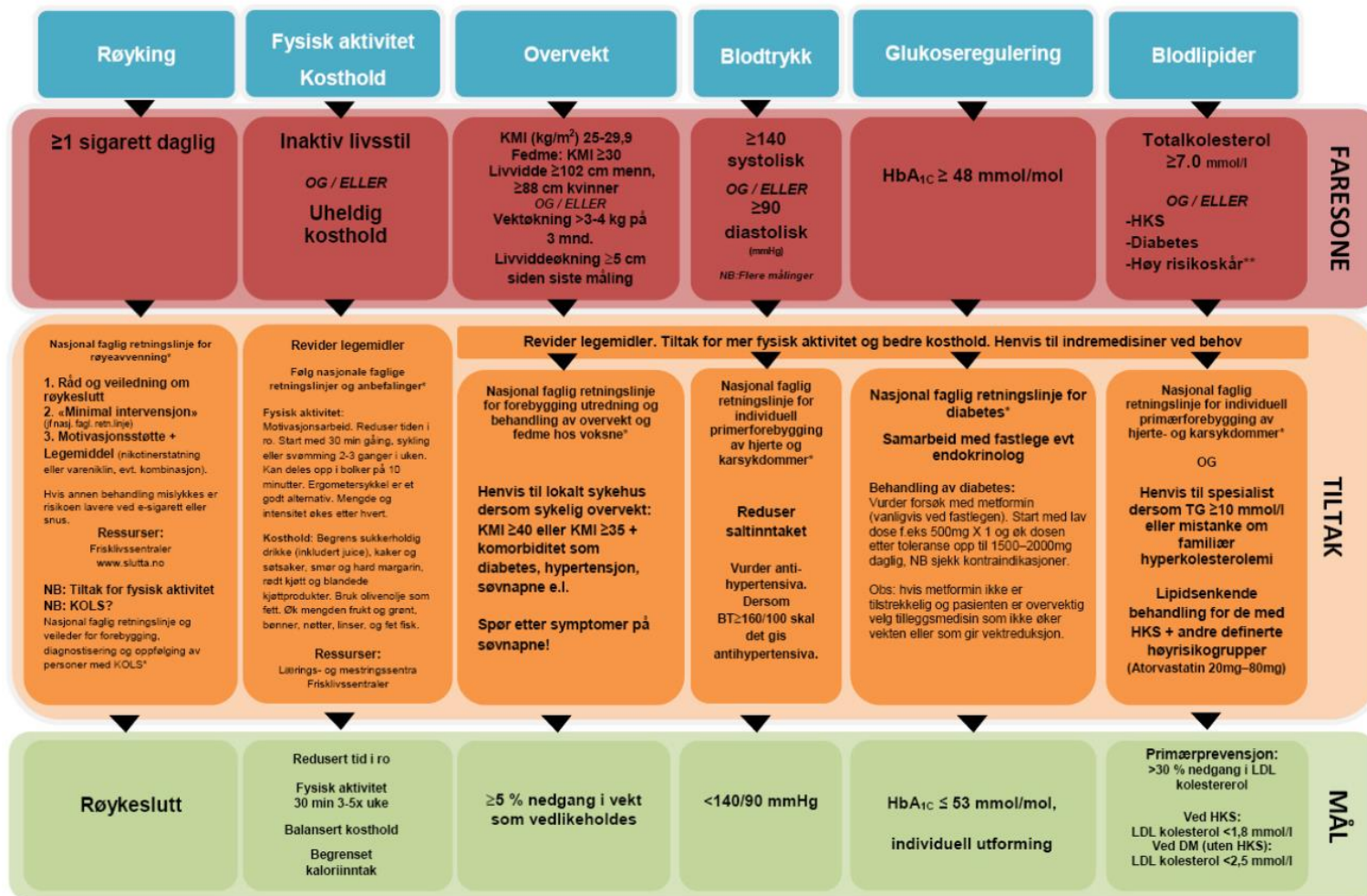
Utredning og tiltak

Alle med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer som er i faresonen, bør få tilbud om strukturert utredning og oppfølging i tråd med anbefalingene i «Hjertefrisk» (oslo-universitetssykehus.no).

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer/>

HJERTEFRISK

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



KMI=Kroppsmasseindeks | PG=plasma glukose | 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

v1.4 Nov 2019

Vi studerer nå forekomst og årsaker

- Data fra Norsk pasientregister og Dødsårsaksregisteret
 - Overdødelighet av ikke-smittsomme sykdommer blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser
- PsykLink
 - Inkluderer data fra registre og helseundersøkelser
 - Hva er forekomst av hjerte- og karsykdom hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse?
 - Kan hjerte- og karsykdom tilskrives sosiodemografiske faktorer i familien?
 - Går risiko i så fall i arv fra foreldre til barn?
 - Har familiemedlemmer til pasienter med schizofreni økt forekomst av hjerte- og karsykdom?

Takk for oppmerksomheten

Ragnar.nesvag@fhi.no

