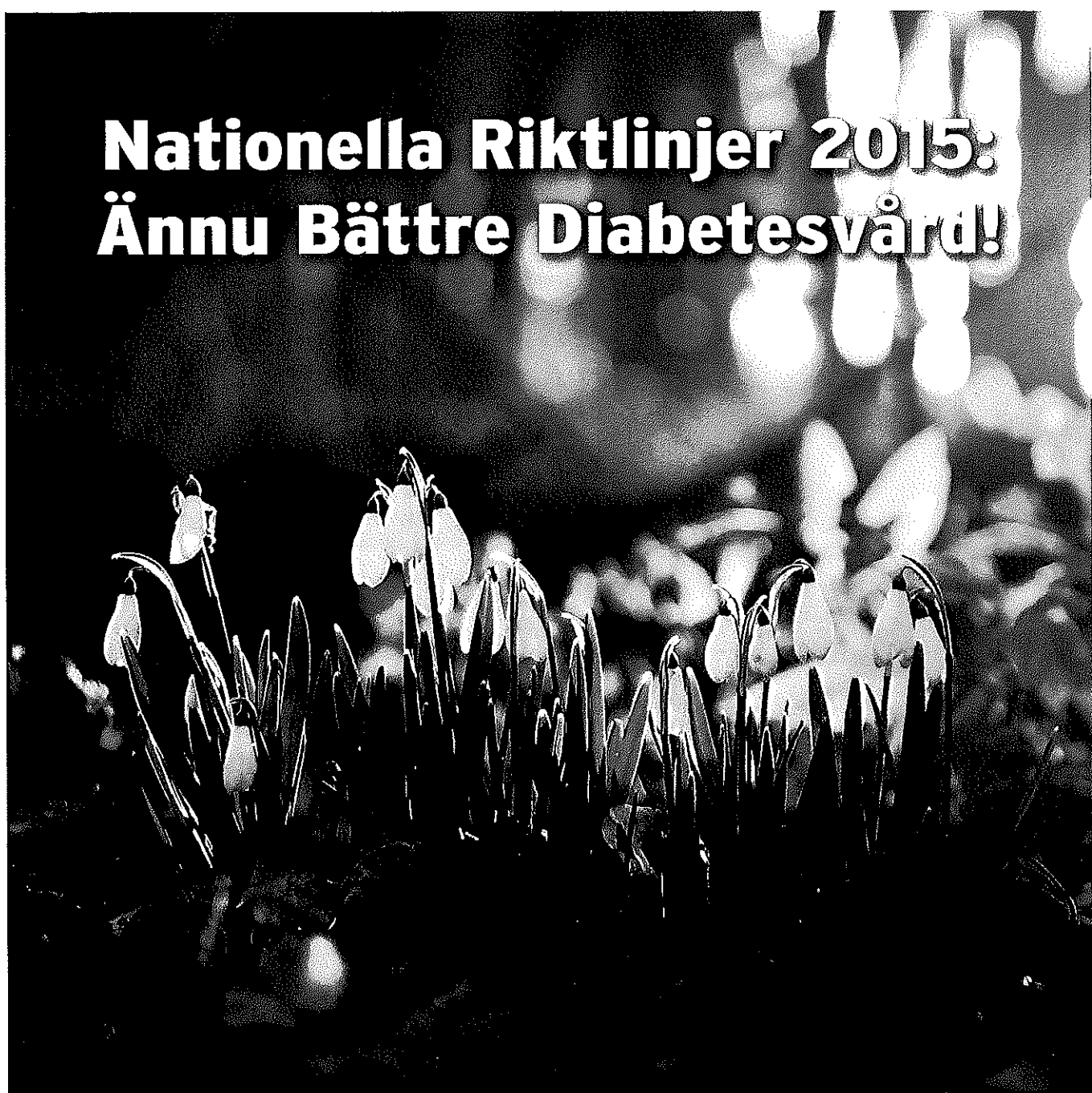


DIABETOLOG NYTT

År 2015 Årgång 28 Nr 1-2

Nationella Riktlinjer 2015: Ännu Bättre Diabetesvård!



SVENSK FÖRENING FÖR DIABETOLOGI
SWEDISH SOCIETY FOR DIABETOLOGY

Internisten och psykosvården – några personliga reflektioner

Socialstyrelsen har under senare år i en handfull rapporter belyst den betydande totala överdödligheten och den somatiska översjukligheten liksom underbehandlingen av somatiska sjukdomar hos psykiskt sjuka i allmänhet och psykopatienter i synnerhet¹⁻⁶. Tillgängliga data pekar envist och monotont åt samma håll. Patienter med psykosjukdom är en i somatiskt hänseende vanlottad grupp i svensk hälso- och sjukvård. Låt mig ge några representativa axplock ur Socialstyrelsens rapporter.

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet d v s dödlighet i diagnoser som bedöms vara möjliga att påverka med olika medicinska insatser t ex diabetes, stroke och hjärtinfarkt är cirka 50 fall per 100 000 individer och år i befolkningen som helhet. Bland individer som vårdats för psykos är det tre gånger så många d v s cirka 150 fall per 100 000 individer.

När Socialstyrelsen analyserar dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom blir skillnaderna än mer flagranta. I befolkningen som helhet avlider 50 individer per 100 000 och år medan antalet dödsfall bland individer med psykosjukdom är cirka 225 varje år per 100 000.

I själva verket är medellivslängden bland psykossjuka 15-20 år kortare

än i normalbefolkningen, vilket huvudsakligen beror på somatiska sjukdomar och inte på självmord som många kanske i förstone skulle gissa på.

Om vi sedan vänder blicken mot behandlingen av olika sjukdomar som ingår i måttet sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet får vi en hint om varför dödligheten är så pass förhöjd hos de psykotiska. Vid en jämförelse mellan diabetespatienter med och utan psykosjukdom framgår det att de psykossjuka i betydligt lägre omfattning behandlas med, eller åtminstone hämtar ut recept på, blodfettsänkande läkemedel. Det är vidare en klart ökad risk för amputation vid depression/ångest men faktiskt inte vid psykosjukdom. Det senare torde bero på det förhållandevis låga antalet fall vilket kan spela de statistiska signifikanserna ett spratt.

En motsvarande jämförelse mellan patienter med hjärtinfarkt med och utan psykosjukdom visar helt klart att psykossjuka får en sämre sekundärprofylax, mätt som uttag av betablockerare, ACE-hämmare och lipidsänkare inom tre månader efter hjärtinfarkt. Vidare blir de i signifikant mindre omfattning föremål för PCI i det akuta skedet och har också en klart ökad dödlighet sex månader efter hjärtinfarkt.

Vänder vi sedan blicken mot patienter som drabbats av stroke så finner vi änyo en sämre sekundärpreventiv läkemedelsbehandling hos individer med psykosjukdom och en tendens till att de i mindre omfattning blir föremål för halskärlskirurgi. Dessutom får de i signifikant mindre omfattning behandling med antikoagulantia vid förmaksflimmer och andra samtida riskfaktorer för stroke.

När det gäller cancer ser Socialstyrelsen återigen en situation där de psykossjuka är värre drabbade än normalbefolkningen. Femårsöverlevnaden i cancer totalt är cirka 60% hos individer med psykos att jämföra med 70% i befolkningen. Således en högst betydande differens. En specialanalys av bröstcancerpatienter visar att de psykossjuka kvinnorna upptäcks i senare mer avancerade och prognostiskt ogynnsammare stadier av sjukdomen. De kommer helt enkelt senare till diagnos än sina psykiskt friska medsystrar.

Det finns ett flertal möjliga delförklaringar till de psykosjukas utsatta somatiska hälsoläge.

- Moderna antipsykotiska läkemedel har i större eller mindre grad en ogynnsam metabol profil med viktuppgång och utveckling av diabetes typ 2 och det metabola

Referenser

1. Öppna jämförelser och utvärdering 2010. Psykiatrisk vård – ett steg på vägen. Socialstyrelsen 2010.
2. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – diabetes. Socialstyrelsen 2011.
3. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – stroke. Socialstyrelsen 2011.
4. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt. Socialstyrelsen 2011.
5. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – cancer. Socialstyrelsen 2011.
6. Öppna jämförelser 2014 - Jämlig vård. Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom. Socialstyrelsen 2014.

syndromet som vanliga bieffekter. Med suboptimala terapeutiska insatser mot dessa komplikationer från sjukvårdens sida är steget sedan inte långt till manifesterad kardiovaskulär sjukdom.

- Psykopatienter har som grupp en förhållandevis ogynnsam livsstil. Många röker, har låg fysisk aktivitet och ohälsosamma kostvanor, vilket bidrar till risken att utveckla cancer, fetma, diabetes och hjärtkärlsjukdom.
- Kognitiv nedsättning och negativa symtom bidrar till betydande svårigheter att vidmakthålla en hälsosam livsstil, att sköta medicinering, att komma på planerade återbesök och att söka sjukvårdens hjälp i mer akuta situationer. Den mentala energin finns helt enkelt inte i tillräcklig omfattning. Vanföreställningar kan sedan ytterligare späda på dessa svårigheter.
- När dessa patienter väl dyker upp i sjukvården med kliniska symtom och manifesterad sjuklighet så förmår vi inte ge dem behandling av rimlig medicinsk standard. Detta är givetvis särskilt bekymmersamt och graverande. Socialstyrelsen skröder inte orden i sin strokerapport utan skriver rakt av att *Oavsett vad orsakerna är till de skillnader i hälsa och vård som beskrivs i studien, påpekar Socialstyrelsen att det är hälso- och sjukvårdens ansvar att nå gruppen psykiskt sjuka med somatisk sjuklighet. Särskilt tydligt blir detta ansvar då psykiskt sjuka väl kommer till vården för behandling av en faktisk sjukdom och trots detta inte erhåller lika vård som övriga patienter.*

På individnivå, för den enskilde psykopatienten, är det givetvis av stor betydelse att aktivt utvär-

dera den antipsykotiska behandlingen med avseende på somatiska bieffekter och att välja/byta till preparat med mindre ogynnsam metabol profil givet det samtidigt kravet på god kontroll av de psykotiska symtomen. Ett antal specialistföreningar, däribland Svenska Psykiatriska Föreningen och Svensk Förening för Diabetologi, tog därför för några år sedan fram kliniska riktlinjer för att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom⁷.

På systemnivå är dock situationen, vill jag hävda, betydligt mer basal än så. Där handlar det inte i första hand om att göra risk-/nyttoanalyser av enskilda preparat utan om att överhuvudtaget se, upptäcka och basbehandla somatisk sjukdom hos psykopatienterna. Vi är, lite polemiskt tillspetsat, i en situation som liknar U-landsmedicin väl så mycket som svensk normalsjukvård. Det finns ett flertal organisatoriska faktorer som bidragit till att vi är där vi är.

- Den rent geografiska separationen mellan framför allt den psykiatriska öppenvården och den somatiska vården. Det är en närmast övertydlig iscensättning av avståndet mellan soma och psyke och försvårar i betydande grad somatiskt konsultstöd till psykiatrin. Konsekvensen blir istället remisser åt olika håll med tydföljande svårigheter för denna patientgrupp att få den vård som krävs och som de har rätt till.
- De psykossjuka har, som ovan nämnts, ofta betydande kognitiva svårigheter, vilket innebär att de kan ha svårt att beställa återbesökstider, att ta sig fram i tonvålsbaserade telefonköer, att passa tider för ny- och återbesök et

cetera et cetera. En primärvård som ofta inte kallar patienter på återbesök utan låter det vara resandes ensak kommer tyvärr att systematiskt missgynna dessa patienter.

- De formella kraven på randutbildning under ST-tiden har tunnats ut. En tidigare generation FV-läkare i invärtesmedicin tjänstgjorde obligatoriskt sex månader på psykiatrisk klinik. Idag är kraven betydligt mer uppluckrade till förfång för den bredare tvärprofessionella förståelse dessa patienter så väl behöver.
- Individer med psykossjukdom lever i många fall sina vardagsliv inom ramen för den kommunala omsorgen. Enligt min erfarenhet är den kommunala kompetensen (både formellt och reellt) väldigt låg när det gäller livsstil och hälsa, vilket är mycket besvärande när hälso- och sjukvården ger patienterna råd i dessa frågor. Mycket av det sagda riskerar att hamna på hälleberget och inte omsättas i praktiken.

Sammanfattningsvis finns det all anledning för hälso- och sjukvården att ta de psykossjukas utsatta situation ad notam. Vi måste försöka ge dessa våra minsta bröder och systrar somatisk vård av rimlig medicinsk standard. Det finns ingen som helst anledning att tro att dessa patienter skulle vara betjänta av en närmast systematisk underbehandling. Det handlar förvisso om servicetänkande men ytterst om vår yrkesetik!

Jarl Torgerson
Docent, invärtesmedicinare på
Psykiatri Psykos Sahlgrenska
Universitetssjukhuset

Föredrag vid SFDs höstmöte 2014
"Jämlig vård"

Referenser

7. Kliniska riktlinjer – Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom. Svenska Psykiatriska Föreningen 2010.