

Somatiske helse, livsstil og levealder blant pasienter i PHA

Nye metoder i pakkeforløp,



SEMINAR RH

24. november 2017

- Problembeskrivelse
- Tiltak
- Hjertefriskalgoritmen og hjertefriskprosjektet
- Pakkeforløp: «Somatisk helse og levevaner»

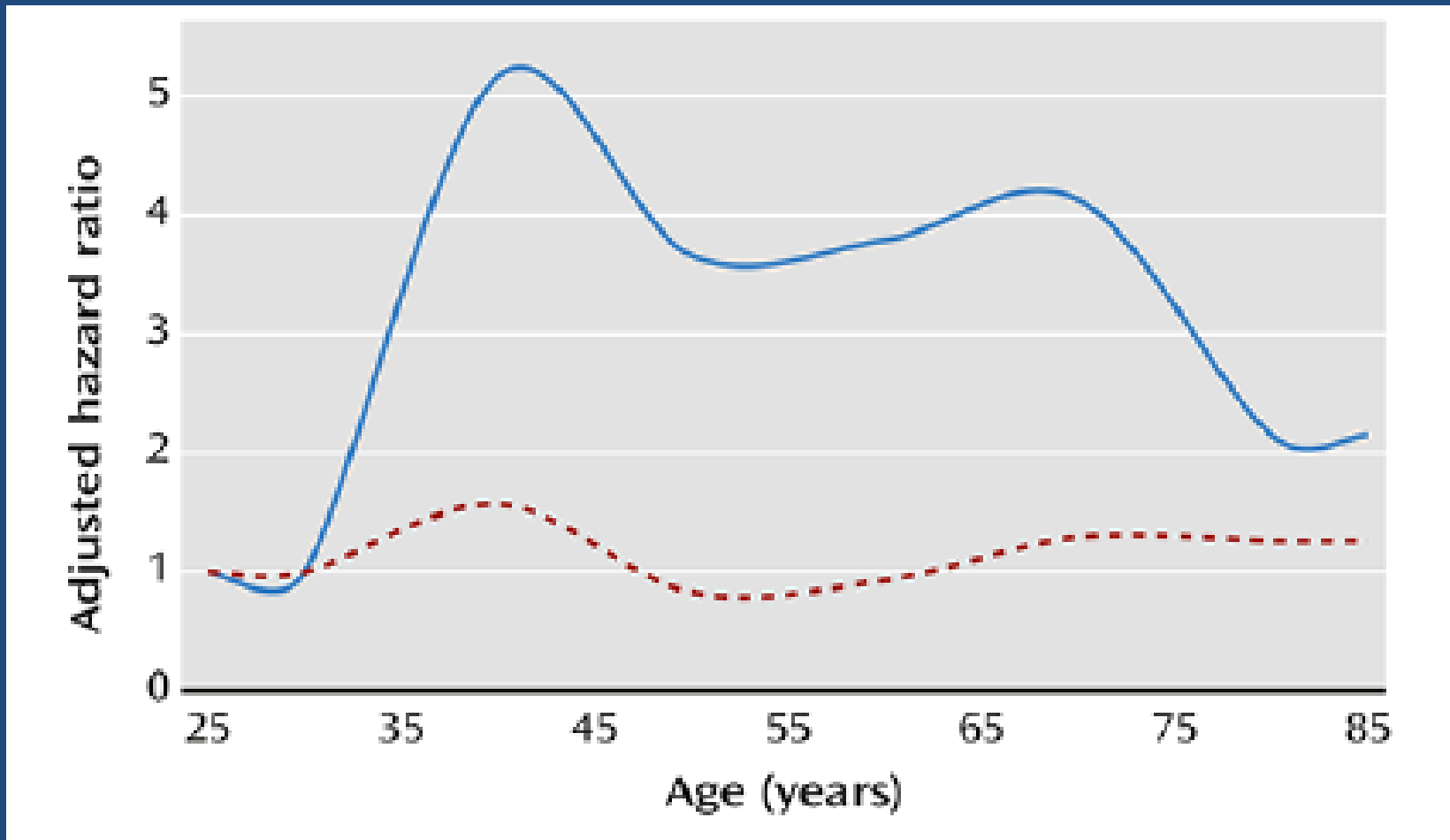
Tapte leveår pga «naturlige» årsaker

Svenske kohortstudier med 8000 personer med schizofreni og 6500 personer med bipolar lidelse

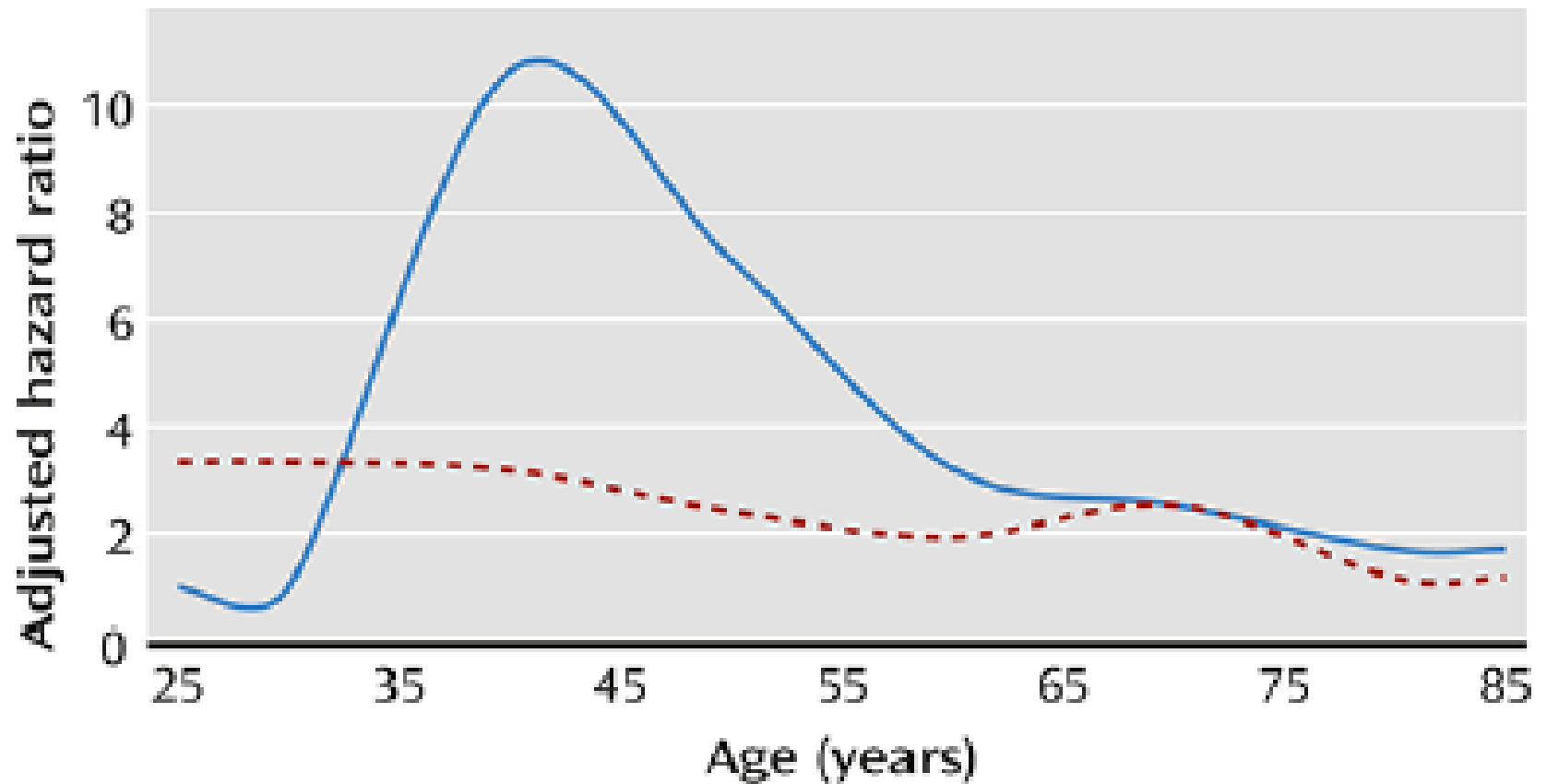
		
Schizofreni	13.1	10.5
Bipolar lidelse	6.6	7.5

(Crump et al. AJP 2013, Crump et al. JAMA Psychiatry 2013)

Koronar hjertesykdom (v/schizofreni)



KOLS v/schizofreni



(Crump et al. 2013)

Økning i SMR for SCZ over tid

Saha et al. Arch Gen Psychiatry. 2007;64(10):1123-1131

- 8 studies from the 1970s: median SMRs 1.84
- 10 studies from the 1980s: median SMRs 2.98
- 7 studies from the 1990s: median SMRs 3.20

Drikke		Tirsdag	Kcal pr enhet	Sum Kcal
Lett melk	1 glass / 2 dl	2	46	92
Appelsinjuice	1 glass / 2 dl	1	43	43
Brød / knekkebrød / kjeks:				
Kneip skåret	1 skive / 40 g	7	88	616
Diverse:				
Makrell i tomat	porsjonpakke / 25 g	2	44	88
Ost:				
Norvegia ost	1 skive / 10 g	2	35	70
Middag:				
Alternativ 1(ca 500 kcal per porsjon.)		1,5	500	750
Yoghurt:				
Skogsbær	1 stk / 175 g	2	170	340
Smør/ olje/ dressing:				
Brelett	porsjonspakke / 12 g	2	47	94

Daglig energibehov (Kcal):

- Sengeliggene: 2000
- Stillesittende arbeid: 2400
- Stående arbeid: 3100
- Stillesittende arbeid, med 5 t trening ukentlig: 3200

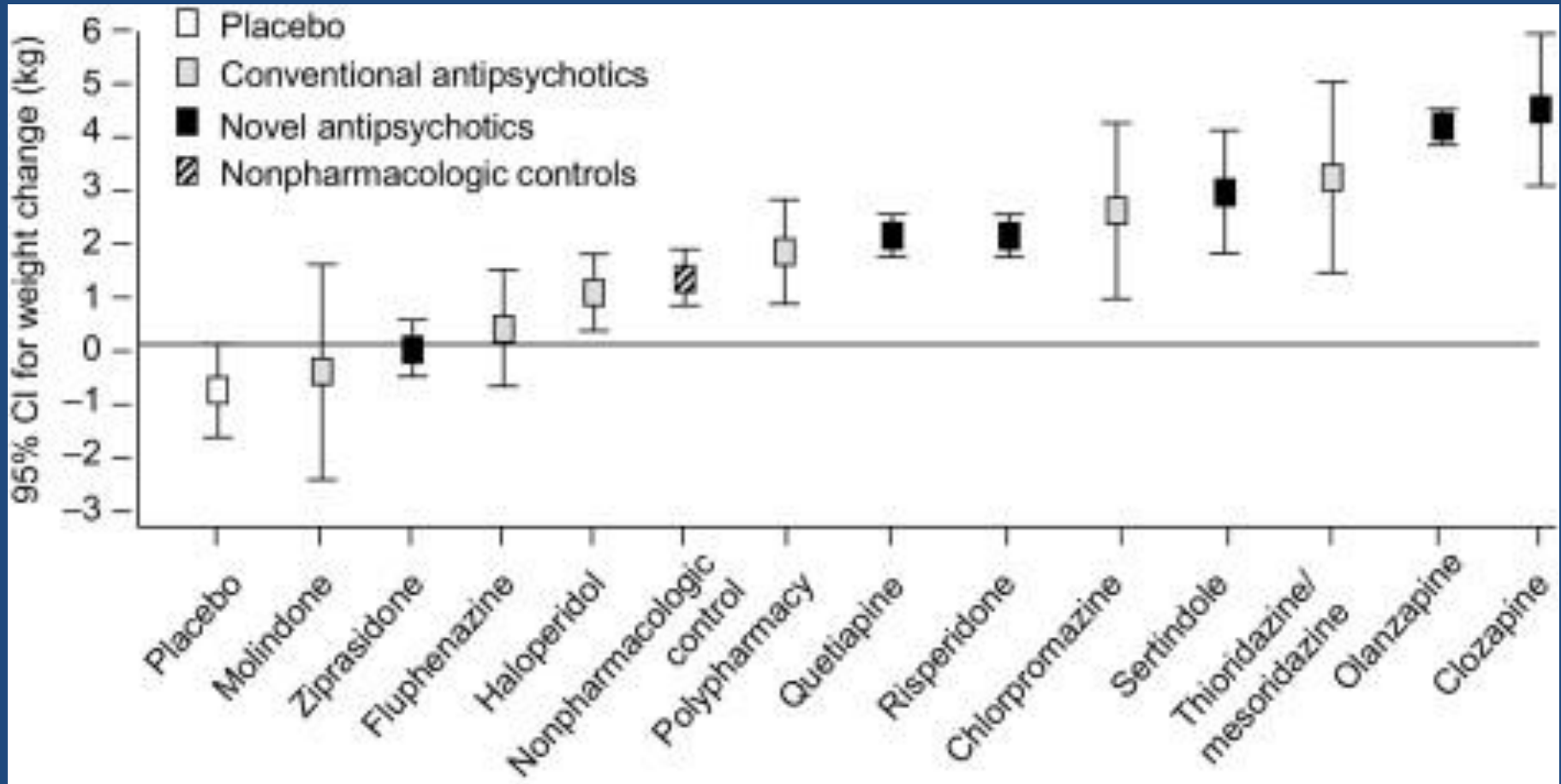
Kcal total=2093

Drikke		Tirsdag	Kcal pr enhet	Sum Kcal
Hel melk	1 glass / 2 dl	2	66	132
Appelsinjuice	1 glass / 2 dl	1	43	43
Eplejuice	1 glass / 2 dl	2	43	86
Brød / knekkebrød / kjeks:				
Kneip skåret	1 skive / 40 g	7	88	616
Grovt brød skåret	1 skive / 40 g	3	94	282
Egg:				
Egg, stekt	1 stekt egg / 63 g	4	118	472
Ost:				
Jarlsberg ost	1 skive / 10 g	1	35	35
Norvegia ost	1 skive / 10 g	3	35	105
Gudbrandsdalsost	1 skive / 8 g	1	46	46
Kjøttpålegg:				
Skinke	1 skive / 15 g	2	11	22
Kalkunskinke	1 skive / 15 g	3	15	45
Middag:				
Alternativ 1(ca 500 kcal per porsjon.)		1	500	500
Smør/ olje/ dressing:				
Brelett	porsjonspakke / 12 g	1	47	47

Kcal total = 2431

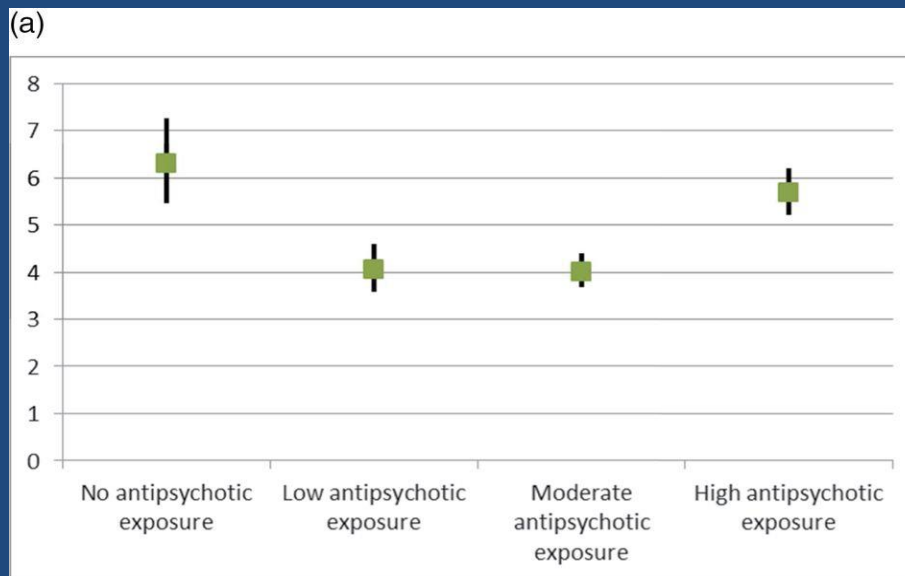
Antipsykotika

Vektendringer etter 10 uker på standard doser med antipsykotika

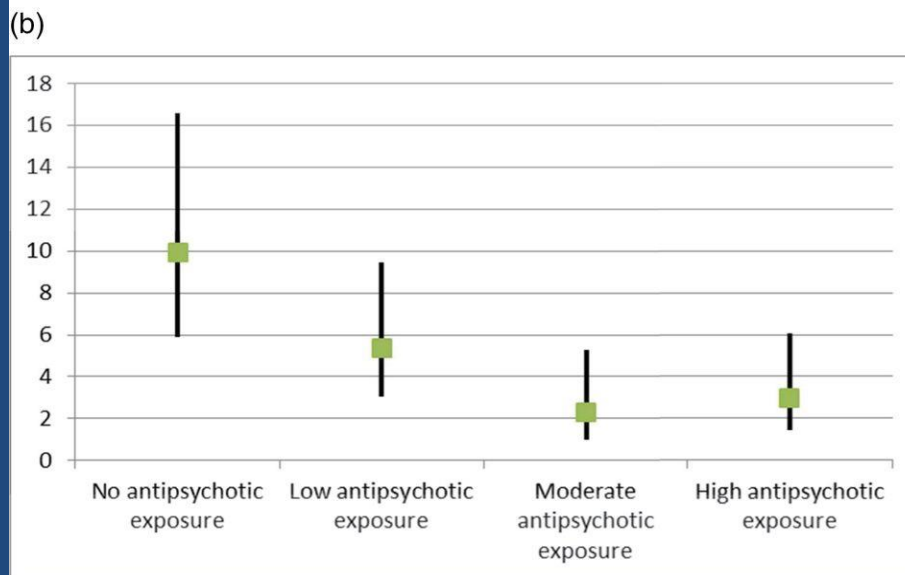


Mortalitet (hazard ratios) hos pasienter med schizofreni sammenlignet med frisk generell befolkning i Sverige

Etablert schizofreni (N = 21492)

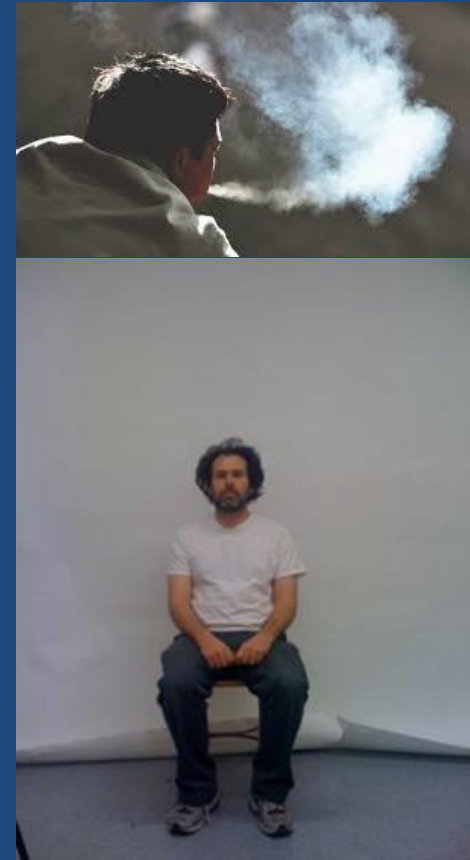


Nysyke (N=1230)



Økt risiko for somatisk sykdom: Årsaksforhold

- Lav fysisk aktivitet
 - Mer stillesittende (Stubbs B et al Schizophr Res 2016)
- Dårlig kosthold (McCreadie RG, BMJ 2003, Srasnig M et al. Schizophrenia Research 2003)
- Røyking
 - Tobakk-relatert tilstand dødsårsak ved ca 53% av schizofreni-dødsfall (Callaghan RC et al. J Psychiatr Res 2014)
- Medikamentbivirkninger
- Genetikk
 - Overlappende gener mellom HKS-risiko og schizofreni (Andreassen OA et al. Am J Hum Genet 2013)
 - Somatisk oversykkelighet også før 1950



Dårligere tilgang på helsetjenester

Gir økt risiko for at alvorlige forhold forblir udiagnostisert eller utilstrekkelig behandlet

- Pasienter med alvorlige psykiske lidelser har større vansker med å få tilgang til primærhelsetjenesten (Bradford DW et al. Psychiatr Serv 2008)
- Dårligere kvalitet av somatiske spesialisthelsetjenester (Kilbourne AM et al. J Nerv Ment Dis 2006, Mitchell AJ et al. Br J Psychiatry 2012)
- SCZ får mindre somatiske helsetjenester også sammenlignet med pasienter med andre psykiske lidelser (Roberts L. Fam Pract 2007)
- Behandling og forebygging for HKS spesielt suboptimalt ved SCZ (Mitchell AJ et al. J Psychopharmacol 2010)
- Redusert egenaktivitet

Oppsummering:

Økt kardiometabolsk risiko pga:

- Usunn livsstil
- Antipsykotika
- Den psykiske lidelsen i seg selv
 - Interaksjon mellom disse

(Correll CU et al. JAMA Psychiatry 2014)

Risiko for for tidlig død ytterligere økt pga:

- Dårligere tilgang på helsetjenester
- Dårligere egenomsorg

Tiltak

Starte tidlig!

- (God behandling av grunnlidelsen)
- Røykestopp
- Bedret fysisk form/O₂-opptak
- Kontroll på energiomsetningen/godt kosthold
- Korrekt psykofarmakabruk
- Bedre egenomsorg
- Klinisk overvåking og oppfølging






[HelseDirektoratet.no](#) < [Nasjonale faglige retningslinjer](#)

Psykoselidelser

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser

Type	Nasjonale faglige retningslinjer
IS-nummer	IS-1957
Utgitt	01.07.2013

Velg utgave

Fullversjon – Psykoselic 

> Last ned (4,3 MB PDF)

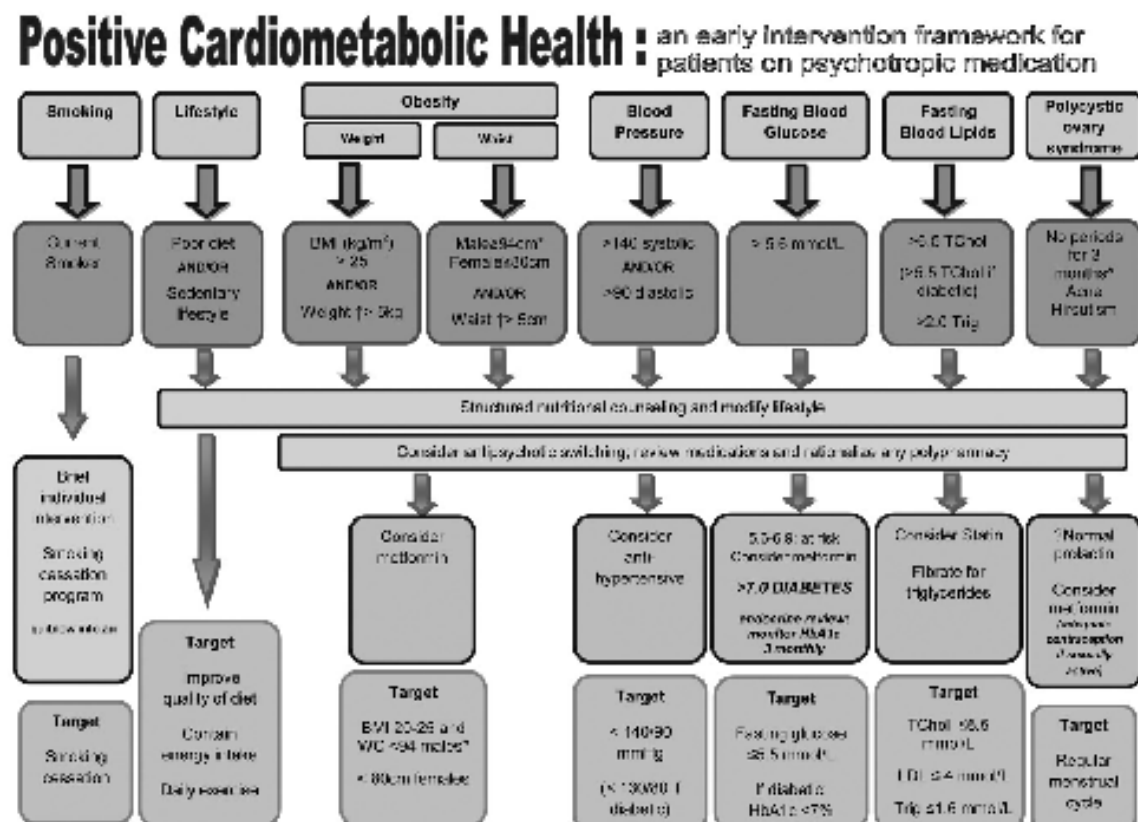
> Bestill trykk

> Nettversjon

«Den somatiske helsetilstanden bør undersøkes jevnlig hos pasienter med psykoselidelser. Dette er spesielt viktig for pasienter som bruker antipsykotiske legemidler.»

Cardiometabolic care in youth with psychosis

FIGURE 1. Positive cardiometabolic health algorithm.



Curtis J, Newell H, Semmes K. CDTI 2011

* For both males, Obese, waist circumference and lipids. Individuals, measure WC target <94cm for males and <80cm for females

BOX 1. Trigger points for increased metabolic screening and intervention.

- >5 kg weight gain
- >5 cm increase in waist circumference
- BMI > 25
- Waist circumference ≥ 94 cm (males); females ≥ 80 cm
- Hypertension (systolic > 140 mm Hg or diastolic > 90 mm Hg) on two occasions, measured after 10-min rest
- Increased fasting glucose (>5.6 mmol L⁻¹)
- Increased total cholesterol (>6.5 mmol L⁻¹) or triglycerides (>2.0 mmol L⁻¹)
- PCOS phenotypes such as oligo-ammenorrhea, acne or hirsutism



Early Intervention in the Real World

Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis

Jackie Curtis,^{1,2} Andrew Watkins,^{1,3} Simon Rosenbaum,^{1,2,4} Scott Teasdale,^{1,2} Megan Kalucy,^{1,2} Katherine Samaras^{5,6} and Philip B. Ward^{2,7}

Abstract

Aims: Initiating antipsychotic medication frequently induces rapid, clinically significant weight gain. We aimed to evaluate the effectiveness of a lifestyle and life skills intervention, delivered within 4 weeks of antipsychotic medication initiation, in attenuating weight gain in youth aged 14–25 years with first-episode psychosis (FEP).

Methods: We undertook a prospective, controlled study in two early psychosis community services. Intervention participants ($n = 16$) received a 12-week individualized intervention delivered by specialist clinical staff (nurse, dietician and exercise physiologist) and youth peer wellness coaches, in addition to standard care. A comparison group was recruited from a similar service and received standard care ($n = 12$).

Results: The intervention group experienced significantly less weight

gain at 12 weeks compared to standard care (1.8 kg, 95% CI -0.4 to 3.8 vs 7.8 kg, 4.8–10.7, $P < 0.001$). Thirteen per cent (2/16) of the intervention group experienced clinically significant weight gain (greater than 7% of baseline weight), while 75% (9/12) of the standard care group experienced this level of weight gain. Similar positive effects of the intervention were observed for waist circumference.

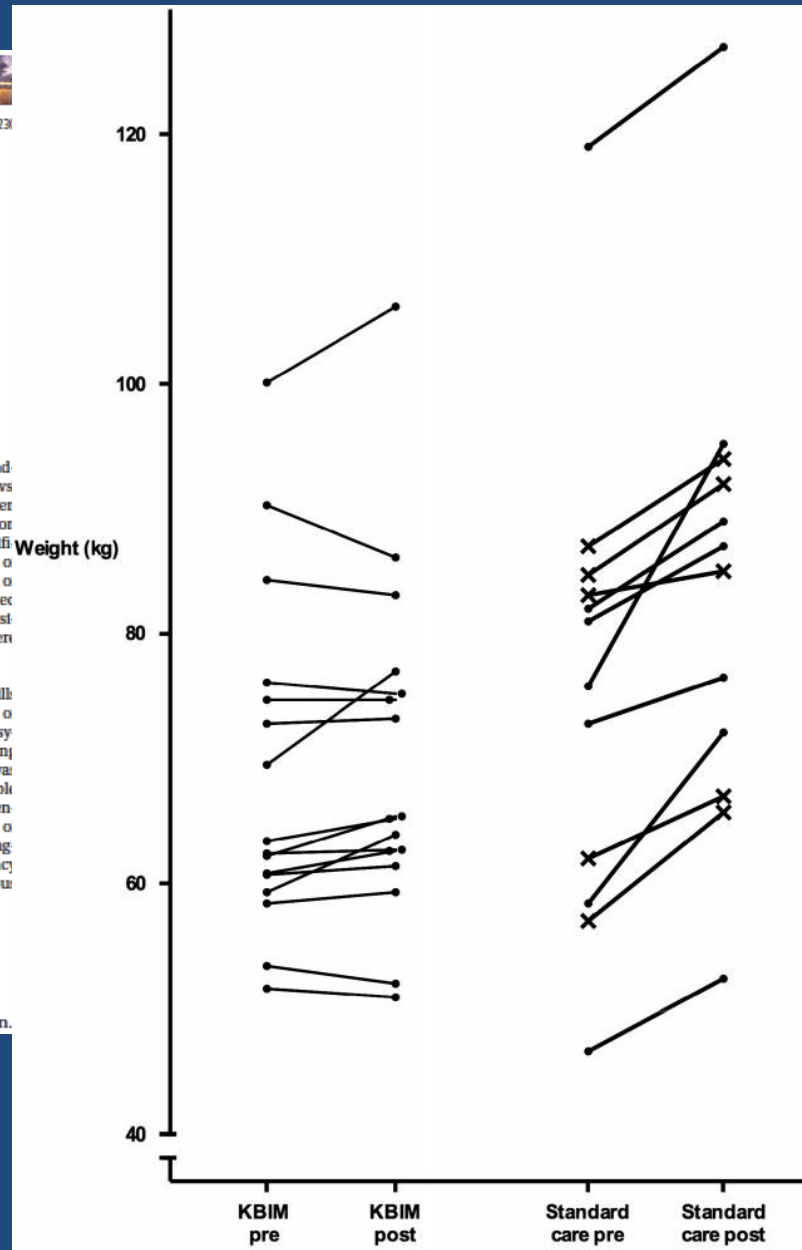
Conclusions: A lifestyle and life skills intervention delivered as part of standard care attenuated antipsychotic-induced weight gain in young people with FEP. The intervention was acceptable to the young people referred to the service. Such interventions may prevent the seeding of future disease risk and in the long term help reduce the life expectancy gap for people living with serious mental illness.

Key words: first-episode psychosis, lifestyle intervention, weight gain.

¹Early Psychosis Programme, The Bondi Centre, South Eastern Sydney Local Health District, ²School of Psychiatry, University of New South Wales, ³Faculty of Health, University of Technology Sydney, ⁴Musculoskeletal Division, The George Institute for Global Health, School of Public Health, Sydney University, Sydney, ⁵Department of Endocrinology, St. Vincent's Hospital, ⁶Diabetes and Obesity Program, Garvan Institute of Medical Research, Darlinghurst, and ⁷Schizophrenia Research Unit, South Western Sydney Local Health District, Liverpool, New South Wales, Australia

Corresponding author: Associate Professor Philip B. Ward, School of Psychiatry, University of New South Wales, 26 Llandaff Street, Bondi Junction, NSW 2022, Australia.
Email: p.ward@unsw.edu.au

Received 31 July 2014; accepted 19 December 2014



Don't just
**SCREEN -
INTERVENE**

for all patients in
the "red zone"

Positive Cardiometabolic Health Resource

An **intervention framework** for people
experiencing **psychosis and schizophrenia**

This clinical resource supports the implementation of the physical health CQUIN <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/02/sc-cquin-guid.pdf> (page 36) which aims to improve collaborative and effective physical health monitoring of patients experiencing severe mental illness. It focusses on antipsychotic medication for adults, but many of the principles can be applied to other psychotropic medicines given to adults with long term mental disorders, e.g. mood stabilisers.

For all patients in the "red zone" (see center page spread): The general practitioner, psychiatrist and patient will work together to ensure appropriate monitoring and interventions are provided and communicated. The general practitioner will usually lead on supervising the provision of physical health interventions. The psychiatrist will usually lead on decisions to significantly change antipsychotic medication.



This resource was co-produced by NHS England, NHS Improving Quality, Public Health England and the National Audit of Schizophrenia Team.

The following organisations support the use of this resource:

Royal College of Psychiatrists (RCPsych)
Royal College of General Practitioners (RCGP)
Royal College of Physicians
Royal College of Nursing
Royal College of Surgeons (RC Surgeons)
UK Faculty of Public Health (FPH)
UCL Partners – Academic Health Science Partnership
Healthcare Quality Improvement Partnership (HQIP)
National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH)
Diabetes UK
Rethink Mental Illness



To cite: Shiers DE, Raff I, Cooper SJ, Holt RIG. 2014 update (with acknowledgement to the late Helen Lester for her contribution to the original 2012 version). Positive Cardiometabolic Health Resource: an intervention framework for patients with psychosis and schizophrenia. 2014 update. Royal College of Psychiatrists, London.

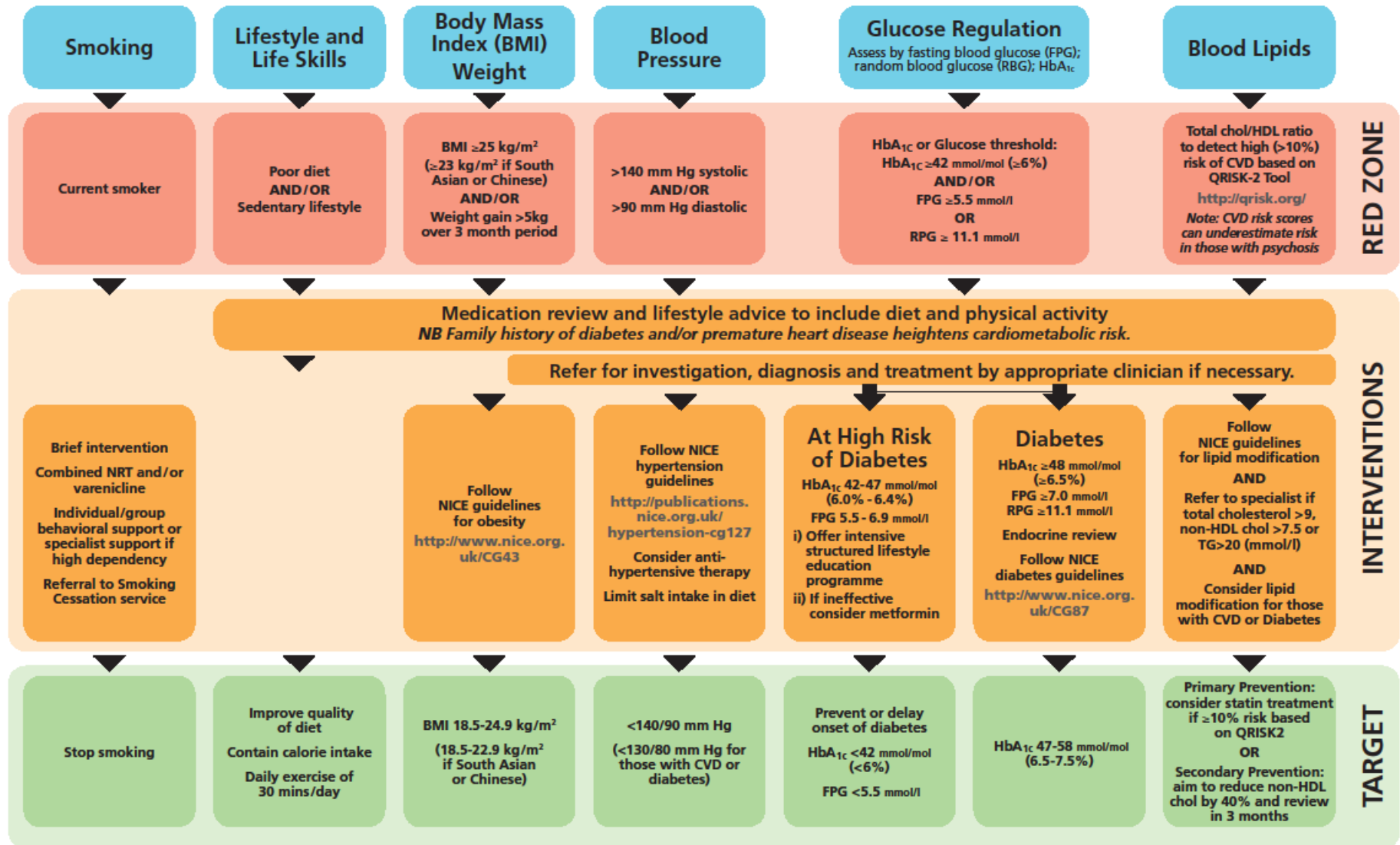
For their review and helpful comments: Dr. Salman Gaher, National Medical Director's Clinical Fellow at NHS England and Dr Asanga Fernando, Clinical Leadership Fellow NHS England & Specialist Registrar in General Adult and Liaison Psychiatry.

Adapted for use by the RCGP/RCPsych. With permission from Curtis J, Newall H, Samaras K. © HETI 2011 | June 2014 | 1.0

GB: «Lester tool»

Positive Cardiometabolic Health Resource

An **intervention framework** for people experiencing **psychosis** and **schizophrenia**

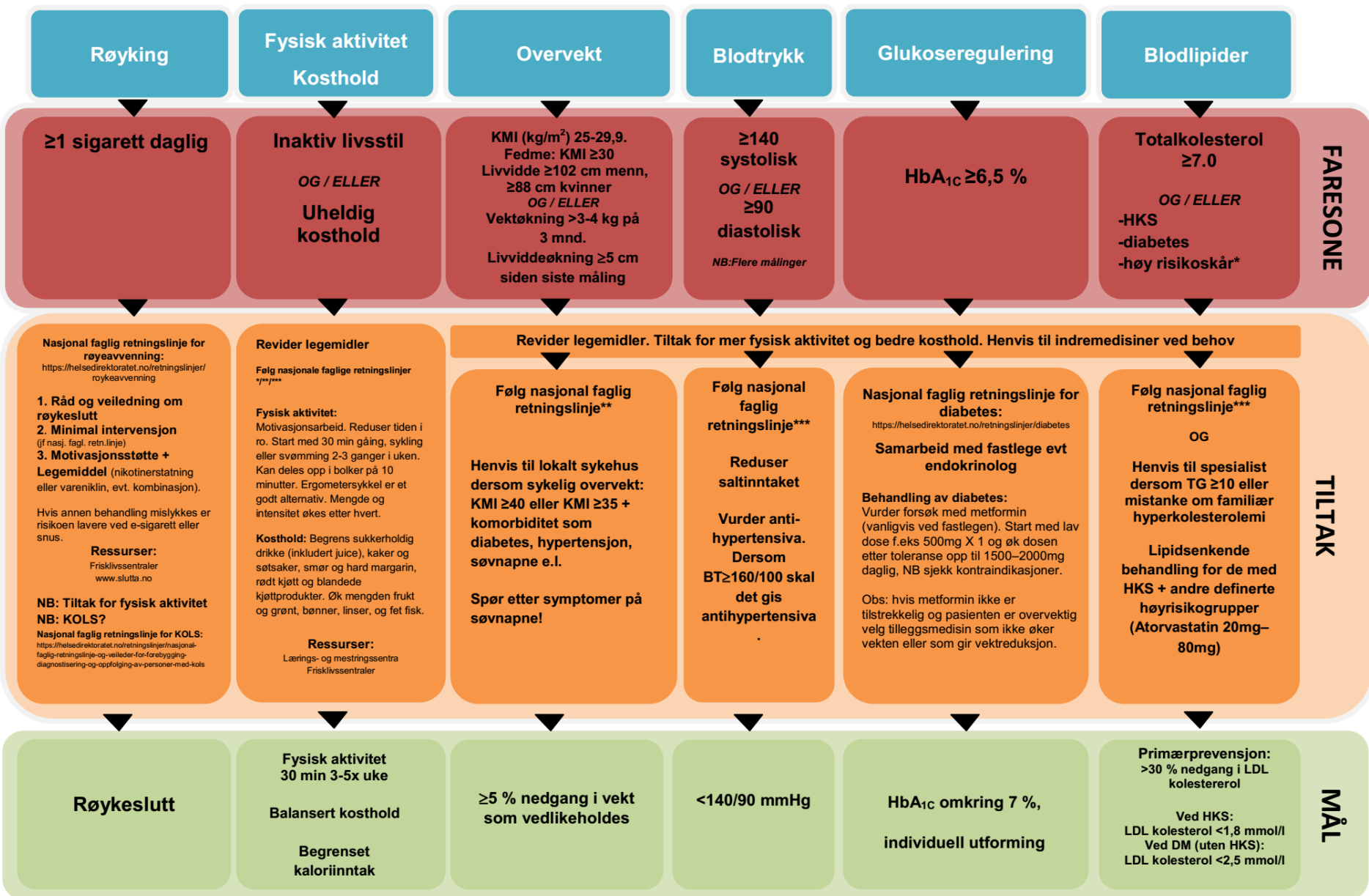


Evaluering av innføringen av «Lester tool» i England

- Fullstendig screening økte fra 46 % til 83 %
- Intervensjoner (indiserte) økte fra 79 % til 94 %

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

* <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger-fysisk-aktivitet> . ** <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalfaglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne>.

*** <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalfaglig-retningslinje-for-individuell-primeforebygging-av-hjerte-og-karsykdommer> .

Anamneseopptak og undersøkelser ved oppstart eller endring av behandling med antipsykotika

Utføres vanligvis av spesialist i psykiatri.

Rask tidlig vektoppgang 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 3-4kg), 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 førstegradsslektinger <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 nyrestein):

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

Livsstilsendringer tas opp med pasienten på en samarbeidende og støttende måte. Fokus på egen mestring og dyktiggjøring. Kartlegg og bruk tilgjengelige ressurser. Hensyn til individuelle variasjoner og at pasientens egne preferanser er førende.

Samarbeid med fastlegen vil være naturlig ved de fleste intervensjoner.

Spesifikke kostholdsråd – «Predimed» middelhavsdiett

(<http://www.predimed.es>):

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

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

VURDER ALLTID HVER PASIENT INDIVIDUELT.

Gjennomgang 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 legemiddelregime kan forventes å gi mindre bivirkninger:

- Rasjonaliser eventuell polyfarmasi
- Endring av antipsykotisk medikasjon krever nøye vurdering av forventede fordeler ved reduksjon veid mot risiko for forverring av psykoselidelsen
- Legemiddelutprøving 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 psykoselidelser:

**IKKE BARE OBSERVÉR
- INTERVENÉR!**

FARESONE?

TILTAK!

MÅL

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.

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

¹Røyking, kosthold og fysisk aktivitet.

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

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

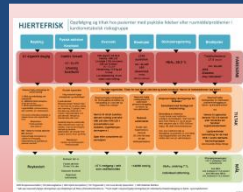
Med støtte fra Norsk psykiatrisk forening.

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

Hjertefriskprosjektet

- Baseline (før):
 - Kartleggings skjema BL
 - **Blodprøver** (blodsukker og blodlipider)
 - **Implementeringsgrad** (somatiske undersøkelser og tiltak utført siste 12 måneder)
- 12mnd oppfølging (etter):
 - Kartleggings skjema 12mnd
 - **Blodprøver** (blodsukker og blodlipider)
 - **Implementeringsgrad** (somatiske undersøkelser og tiltak utført i de 12 måneder etter innføringen av algoritmen)

Ved OUS:



Jan 2017

Mai 2017

Mai 2018

Inkludering av pasienter og baseline

12 mnd oppfølging av pasienter

IMPLEMENTERINGSMÅL/FIDELITY

IMPLEMENTERING



Hjertefrisk!

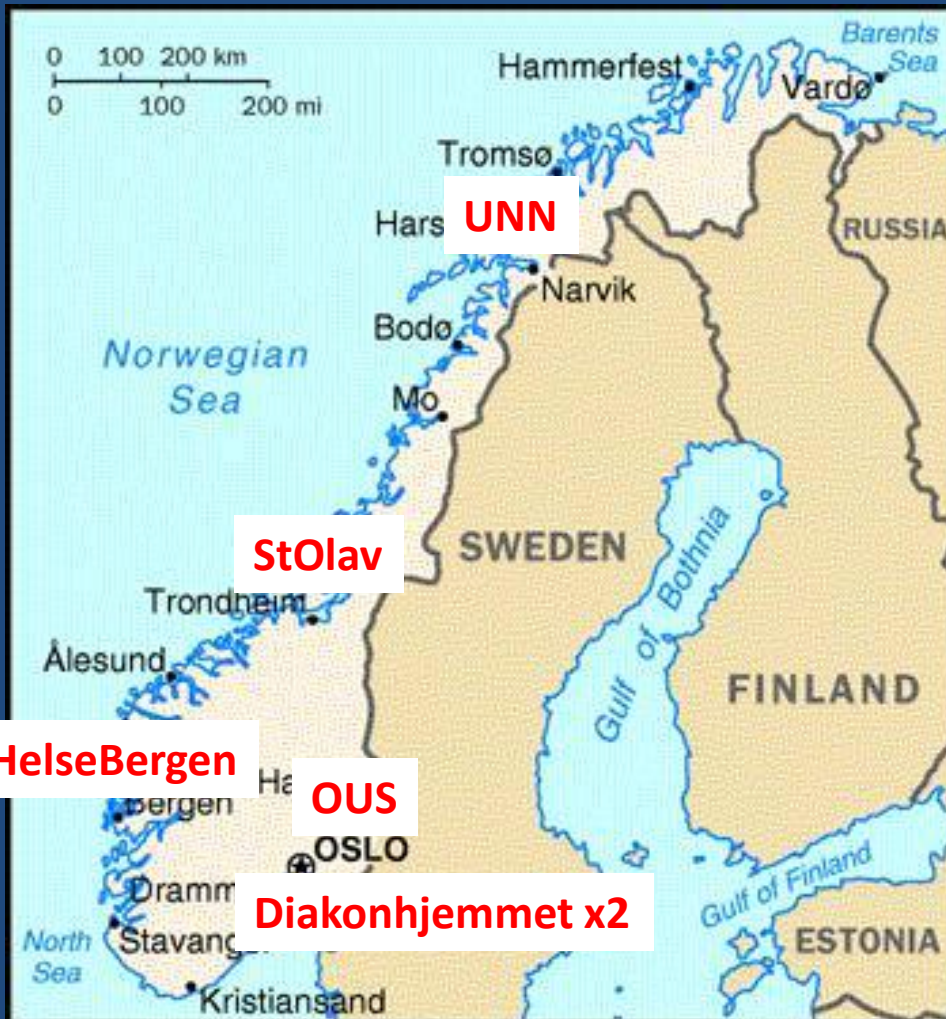


Baseline 12m (kryss av kun én boks) Dato: _____ Sykehus/Enhet: _____ ID: _____

Utfylt av: _____

Skriv 1 (ja) eller 0 (nei) i rubrikkene "Fastlege" fylles kun ut dersom det ikke er utført i "spesialisthelsetjensten" for samme undersøkelse/tiltak	Utført siste 6 mnd ¹		
	Spesialisthelsetjensten	Fastlege/1.linjen	
Undersøkelser			
FPG			
HbA1c			
Lipider			
Vekt			
Livvidde			
BT			
<i>SUM Undersøkelser</i>			
Tiltak			På indikasjon*
Medikamentrevisjon			
Røykeslutt: råd og veiledning			
Røykesluttprogram			
Fysisk aktivitet: motivasjonsarbeid			
Fysisk aktivitet: organiserte tiltak (gruppetrening, fysioterapi/trener etc)			
Kostholdstiltak: råd og veiledning			
Henvvisning spesialist for overvekt, diabetes eller hyperkolesterolemi			
Redusert saltinntak: råd og veiledning			
BT-med (aktuell bruk)			
Metformin (aktuell bruk)			
Statiner (aktuell bruk)			
Dokumentert samarbeid med fastlegen på noen av disse områdene			
<i>SUM Tiltak</i>			

Multisenter



- Oslo universitetssykehus: 120
- Bergen: 25
- Diakonhjemmet sykehus: 74
- St. Olav: 10
- Tromsø, Universitetssykehuset Nord-Norge: 30

- Totalt: ca. 260

Samhandlingsprosjektet


- «Å ta somatisk helse hos psykiatriske pasienter på alvor – gjennom tett samarbeid mellom bydeler og SO DPS»

- Midler fra Samarbeidsutvalget
- Søndre Oslo DPS, OUS
- Bydel Nordstrand
- Bydel Søndre Nordstrand
- Bydel Østensjø



Pakkeforløp for psykisk helse og rus

- Økt fokus på somatisk helse og levevaner
 - Psykisk og somatisk helse henger sammen og bør behandles under ett. Det skal derfor utarbeides konkrete tiltak for å sikre at somatisk helse og levevaner blir en integrert del av forløpene.


Pakkeforløp	 Helsedirektoratet
	Somatisk helse og levevaner i pakkeforløp for psykisk helse og rus (HØRINGSUTKAST) Høringsutkast
IS-2642	

Pakkeforløp: *Somatisk helse og levevaner*

- På tvers av de andre pakkeforløpene
- Bruker lengre tid på ferdigstilling
- Tiltakspakker:
 - Kardiometabolsk risiko (m/Hjertefrisk)
 - Fysisk aktivitet
 - Rusmidler
 - Kosthold



Somatisk helse og levevaner i pakkeforløp for psykisk helse og rus

 [Innholdsfortegnelse](#)

Somatisk helse og levevaner i pakkeforløp for psykisk helse og rus (HØRINGSUTKAST)

Sist oppdatert: 05.09.2017

IS-nummer: 2642

 [OM PAKKEFORLØPET](#)  [SKRIV UT PAKKEFORLØPET](#)

Søk i pakkeforløpet



[Forkortet levealder grunnet somatisk sykdom - pakkeforløp for psykisk helse og rus](#) >

[Kardiometabolske risikofaktorer - pakkeforløp for psykisk helse og rus](#) >

[Røykeavvenning - pakkeforløp for psykisk helse og rus](#) >

[Fysisk aktivitet - pakkeforløp for psykisk helse og rus](#) >