

Een ernstige psychiatrische aandoening verkort de levensverwachting

Samenvatting

Cohen D. Een ernstige psychiatrische aandoening verkort de levensverwachting. *Huisarts Wet* 2015;58(1):16-8.

Patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) hebben een sterk verkorte levensverwachting, wat vooral te wijten is aan een relatief hoge cardiovasculaire mortaliteit. Het is daarom aan te bevelen EPA als aparte risicofactor op te nemen in de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement, naast de twee reeds bestaande indicaties diabetes mellitus en reumatoïde artritis. Net als bij deze twee aandoeningen is het cardiovasculair risico van een EPA in te schatten door bij de kalenderleeftijd vijftien jaar op te tellen. Cardiovasculair risicomanagement bij EPA kan eenvoudiger, goedkoper en doeltreffender worden wanneer dat gebeurt door een daartoe geschoold psychiatrisch verpleegkundige of verpleegkundig specialist binnen een FACT-team. Deze teams zijn bovendien goed in staat problemen rond de therapietrouw bij EPA-patiënten adequaat te ondervangen.

'ERNSTIGE PSYCHIATRISCHE AANDOENING' (EPA)

Binnen de psychiatrie onderscheidt men tegenwoordig een aparte groep patiënten, die met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA). Tot deze categorie behoren patiënten die lijden aan een psychiatrische stoornis waarvoor gecoördineerde zorg of behandeling door professionele hulpverleners in een zorgnetwerk geïndiceerd is en die bovendien gepaard gaat met ernstige beperkingen in het sociaal of maatschappelijk functioneren, die zowel oorzaak als gevolg van de stoornis kunnen zijn. Wellicht ten overvloede geldt dat een EPA niet van voorbijgaande aard is.¹ Van de patiënten met een EPA leidt 67% aan een psychotische stoornis zoals schizofrenie of een affectieve dan wel organische psychose, en heeft 33% een andere diagnose, zoals autisme, obsessieve-compulsieve angststoornis, ernstige depressie of persoonlijkheidsstoornis. Naar schatting 160.000 Nederlanders hebben een EPA, dat is ongeveer 1% van de totale bevolking en 1,6% van de bevolking tussen de 18 en 65 jaar.¹

Omdat patiënten met een EPA beperkingen ervaren op vele verschillende levensgebieden, is een aangepaste werkwijze van de psychiatrische hulpverlening vaak wenselijk en soms noodzakelijk. Een complicerende factor is dat de patiënt vaak zelf niet om hulp vraagt. Bij een minderheid van de patiënten ontbreekt zelfs volledig het besef dat ze een psychiatrische ziekte hebben. Vandaar dat er zogenoemde 'bemoeizorg'-teams zijn gekomen die het initiatief en de verantwoordelijkheid voor de zorg overnemen van de patiënt. In de regio Alkmaar is een vorm van bemoeizorg ontwikkeld, Functionele Assertieve

Community Treatment (FACT), die inmiddels in het hele land steeds meer ingang vindt.² De zorg die een FACT-team biedt, wordt aangepast aan het actuele disfunctioneren (zie verder onder Bemoeizorg en FACT-teams).

CVRM IS VOOR EPA-PATIËNTEN HARD NODIG

Het punt waar het in deze beschouwing om gaat, is dat in Nederland de levensverwachting van patiënten met een EPA gemiddeld 15-20 jaar korter is dan die van de algemene bevolking. Dit is niet toe te schrijven aan het peil van de gezondheidszorg in Nederland, want de kortere levensverwachting wordt ook gevonden in andere landen met een hoogwaardige somatische en psychiatrische gezondheidszorg zoals Denemarken, Finland, Israël, de Verenigde Staten en Zweden.^{3,7} In de diverse onderzoeken zijn uitschieters naar beide kanten te vinden: in Israël is de levensverwachting van psychiatrische patiënten 12 jaar korter dan bij de algemene bevolking,⁵ in Denemarken 11-20 jaar,⁷ in de Amerikaanse staat Arizona 32 jaar.⁶ De oorzaak is evenmin de sterk verhoogde incidentie van suicide, zoals om begrijpelijke redenen vaak gedacht wordt. De incidentie van suicide bij de algemene bevolking is laag – tussen 2000 en 2006 in Nederland gemiddeld 9,39 per 100.000 inwoners per jaar (mannen 12,88; vrouwen 5,97), wat overeenkomt met 0,1%.⁸ Binnen het totaal van doodsoorzaken neemt zelfdoding een zeer bescheiden plaats in, ver achter hart- en vaatziekten (27 keer zo frequent), en kanker (26 keer zo frequent). Daarom kan zelfs de acht- tot tienmaal hogere incidentie van suicide onder EPA-patiënten hun kortere levensverwachting niet verklaren. In een Zweeds cohortonderzoek naar doodsoorzaken onder patiënten met een bipolaire stoornis overleden 34 (5,4%) van de 626 vrouwen en 43 (9,6%) van de 450 mannen door zelfdoding.⁹ Een groter effect op de levensverwachting heeft de cardiovasculaire mortaliteit, die voor psychiatrische patiënten dubbel zo hoog is als bij de algemene bevolking (2,2 maal voor vrouwen, 2,1 maal voor mannen) heeft een groter effect op de levensverwachting. Het verschil lijkt relatief minder

De kern

- De levensverwachting van Nederlanders met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) is 15-20 jaar korter dan die van de gemiddelde Nederlander.
- De fors hogere cardiovasculaire mortaliteit in deze groep rechtvaardigt opname van EPA als aparte risicofactor in de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement.
- Om gebrek aan ziektebesef en therapietrouw te ondervangen, zijn er in veel regio's al structuren voor psychiatrische 'bemoeizorg' rond deze patiënten opgezet.
- Cardiovasculair risicomanagement bij EPA kan eenvoudiger, goedkoper en doeltreffender worden wanneer dat gebeurt door een daartoe geschoold psychiatrisch verpleegkundige of verpleegkundig specialist binnen een FACT-team.

Geestelijke Gezondheidszorg Noord-Holland Noord, Polikliniek Metabole Screening, FACT-team Heerhugowaard, Hectorlaan 190, 1702 CL Heerhugowaard; dr. D. Cohen, psychiater • Correspondentie: d.cohen@ggz-nhn.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: de auteur heeft een *educational grant* ontvangen van AstraZeneca Nederland BV om over dit onderwerp te schrijven, zonder dat verder overleg over de inhoud heeft plaatsgevonden.



Foto: Flickr

groot dan bij suïcide maar heeft in absolute zin meer invloed omdat de cardiovasculaire mortaliteit ook in de algemene bevolking veel hoger ligt. In het reeds genoemde Zweedse onderzoek overleed 35% van de patiënten (219/616 vrouwen en 162/450 mannen) aan een cardiovasculaire ziekte.⁹ Even zorgelijk, zo niet zorgelijker, is dat een meta-analyse laat zien dat de cardiovasculaire mortaliteit bij schizofrenie verder toeneemt.¹⁰

De grote bijdrage van cardiovasculaire oversterfte aan de kortere levensverwachting bij EPA-patiënten heeft een belangrijke therapeutische consequentie: de indicatiestelling voor medicamenteuze interventie in het kader van cardiovasculair risicomanagement. In de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement speelt de leeftijd van de patiënt een belangrijke rol bij deze indicatiestelling,¹¹ maar door de aanzienlijk verkorte levensverwachting van EPA-patiënten schiet de NHG-Standaard voor deze groep ernstig tekort. Een voorbeeld: voor patiënten jonger dan 50 jaar zonder hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis is er ook in de meest recente versie van de standaard, op één uitzondering na, geen indicatie voor medicamenteuze interventie. In dit advies spelen de ernst en het aantal risicofactoren, afzonderlijk of gezamenlijk genomen, geen rol. De standaard maakt een uitzondering voor een selecte groep patiënten die aan vier eisen voldoet: (1) mannen die (2) roken, met (3) een systolische bloeddruk ≥ 180 mmHg en (4) een ratio totaal cholesterol/HDL ≥ 7 . Voor deze groep is er wel een indicatie voor medicamenteuze interventie, voor alle andere patiënten niet.¹¹ De standaard benoemt een verhoogd cardiovasculair risico bij twee groepen, namelijk

patiënten met diabetes mellitus en met reumatoïde artritis, voor wie vijftien jaar bij de actuele leeftijd moet worden opgeteld om tot een adequate risico-inschatting te komen.

Op grond van het bovenstaande lijkt het ons zinnig om patiënten met een EPA als risicogroep toe te voegen aan de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. Ook voor deze groep, die een ernstig verhoogd cardiovasculair risico heeft, zou men het cardiovasculair risico moeten aanpassen door vijftien jaar op te tellen bij de kalenderleeftijd – en moeten handelen conform het aldus berekende risico. Dit komt overeen met het advies uit de meest recente Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie om 'bij toepassing van de NHG-Standaard CVRM de leeftijd van een patiënt met antipsychotica met vijftien jaar te verhogen'.¹²

Abstract

Cohen D. Severe mental illness shortens life expectancy. *Huisarts Wet* 2015;58(1):16-8.

Patients with a severe mental illness have a considerably reduced life expectancy, mainly due to their relatively high cardiovascular mortality. For this reason, it would be advisable to include severe mental illness as a separate risk factor in the Dutch College of General Practitioners' guideline on Cardiovascular Risk Management, in addition to the two existing risk factors, diabetes mellitus and rheumatoid arthritis. As for these two risk factors, the cardiovascular risk associated with severe mental illness can be estimated as the patient's age plus 15 years. When diagnosing and treating risk factors such as dyslipidaemia and hypertension in these patients, general practitioners could work together with Functional Assertive Community Treatment teams, which provide social-psychiatric care on a regional basis. In addition, these teams are able to manage problems of treatment compliance in these patients.

BEMOEIZORG EN FACT-TEAMS

Een belangrijk probleem bij het cardiovasculair risicomanagement van patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening is de te verwachten therapietrouw. Patiënten met een EPA vertonen vaak symptomen als desorganisatie, incoherent denken en gebrekkige zelfverzorging. Als gevolg hiervan zien we bij deze groep patiënten vaker problemen en beperkingen bij uiteenlopende aspecten van hulpzoekend gedrag, zoals het signaleren van lichamelijke klachten en het maken of naleven van afspraken met (psychiatrische of somatische) hulpverleners. Therapietrouw is een punt van aandacht bij cardiovasculair risicomanagement, en dat geldt des te sterker bij EPA-patiënten.

De recente ontwikkeling van sociaal-psychiatrische zorg door regionale FACT-teams maakt de situatie echter minder somber dan die op het eerste gezicht misschien lijkt. Elk FACT-team is binnen een postcodegebied van gemiddeld 50.000 inwoners verantwoordelijk voor de volledige psychiatrische zorg aan alle gemiddeld 200 EPA-patiënten.² Idealiter is het kantoor van een FACT-team leeg omdat de bemoeizorg voor een belangrijk deel bestaat uit het afleggen van huisbezoeken. Bij vermoede of gebleken therapie-ontrouw kan de interventie bijvoorbeeld zijn dat de hulpverlener de medicatie bij de apotheek ophaalt, bij de patiënt thuis aflevert en erop toeziet dat deze de medicatie ook daadwerkelijk inneemt. Het team bepaalt zelf de frequentie van een interventie, zo nodig zeven dagen per week. Op die manier bereiken de FACT-teams een niveau van therapietrouw dat niet onderdoet voor dat bij chronische somatische aandoeningen.

Zijn de problemen rondom indicatiestelling en therapietrouw ondervangen, dan doet zich vervolgens het probleem voor welke zorgverlener de verantwoordelijkheid krijgt voor het risicomanagement. Wie is het best toegerust voor de diagnostiek en therapie van cardiovasculaire risicofactoren bij EPA-patiënten? De huisarts ligt voor de hand, maar een full-time huisarts zal, bij een gemiddelde praktijkgrootte van 2350 patiënten en een prevalentie van 1%, jaarlijks niet meer dan 20-25 EPA-patiënten zien, en van dezen heeft slechts een minderheid een verhoogd cardiovasculair risicoprofiel. Het gaat

dus om een vrij kleine, maar bewerkelijke groep patiënten: ze verschijnen niet altijd op het spreekuur, ze zijn stroef tot achterdochtig in het contact, ze kunnen lang van stof en traag van begrip zijn, hun taalgebruik is soms moeilijk te volgen, enzovoort. Om dit alles te ondervangen lijkt het zinnig de psychiatrische bemoeizorg van het FACT-team aan te vullen met somatische, vooral cardiovasculaire bemoeizorg. Deze zorg kan worden geleverd door psychiatrisch verpleegkundigen, bij voorkeur verpleegkundig specialisten, die – na bijscholing – bevoegd en bekwaam zijn in de diagnostiek en behandeling van hypertensie en dyslipidemie. Aldus kan cardiovasculair risicomanagement bij EPA-patiënten zorg eenvoudiger, goedkoper en doeltreffender worden dan momenteel het geval is. ■

LITERATUUR

- 1 Delespaul Ph, de Consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. Tijdschr Psychiatr 2013;55:427-38.
- 2 Van Veldhuizen R, Bähler M, Polhuis D, Van Os J (redactie). Handboek FACT. Utrecht: De Tijdstroom, 2008.
- 3 Wahlbeck K, Wetsman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental health disorders. Br J Psychiatry 2011;199:453-58.
- 4 Tiihonen J, Lonnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN 11 study). Lancet 2009;374:620-7.
- 5 Kodesh A, Goldshtein I, Gelkopf M, Goren I, Chodick G, Shalev V. Epidemiology and comorbidity of severe mental illnesses in the community: findings from a computerized mental health registry in a large Israeli health organization. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2012;47:1775-82.
- 6 Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. Prev Chronic Dis 2006;3:A42.
- 7 Laursen TM, Wahlbeck K, Hällgren J, Westman J, Ösby, Alinaghizadeh H, 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.
- 8 Garssen J, Hoogenboezem J. Zelfdoding in Nederland: een statistisch overzicht. Bevolkingstrends 2007;4:73-83.
- 9 Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. JAMA Psychiatry 2013;70:931-39.
- 10 Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? Arch Gen Psychiatry 2007;64:1123-31.
- 11 Banga JD, Van Dijk JL, Van Dis I, Giepmans L, Goudswaard AN, Grobbee DE, et al. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (eerste herziening). Huisarts Wet 2012;55:14-28. Tabel 1
- 12 Van Alphen C, Ammeraal M, Blanke C, Boonstra N, Boumans H, Brugge-man R, et al. Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Utrecht: De Tijdstroom/Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2012.