



Överdödlighet i kroppsliga sjukdomar vid schizofreni

Ett behov av ökad prevention, diagnostik och behandling inom vården

Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Referera till rapporten enligt: Danielsson, M. Överdödlighet i kroppsliga sjukdomar vid schizofreni. Ett behov av ökad prevention, diagnostik och behandling inom vården. 2017. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2017. Rapport 2017:2.

**Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin**


Box 1497, 171 29 Solna



ces.sls@sls.se



Rapport 2017:2



ISBN 978-91-87691-46-1



Författare: Maria Danielsson

Stockholm mars 2017

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,

www.folkhalsoguiden.se

Förord

Personer med schizofreni har en förkortad livslängd; minst 12–15 år kortare än för befolkningen i övrigt. Den viktigaste orsaken är högre dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar men också cancer som i sin tur delvis är orsakad av att sjukdomarna inte diagnosticeras i vården. Rökning, stillasittande och ogynnsamma levnadsvillkor bidrar till ökad sjukdomsutveckling liksom biverkningar av antipsykotiska läkemedel.

Det finns goda möjligheter till ökad diagnostik av sjukdomar bland personer med schizofreni, eftersom dessa personer har mycket kontakt med sjukvården. Existerande vårdprogram innehåller rekommendationer till hur vården kan förebygga uppkomsten av sjukdomar genom regelbundet återkommande undersökningar, förebyggande läkemedelsbehandling och stöd till förändrade levnadsvanor.

Vi hoppas att denna rapport ska leda till ökad kunskap om, och därmed ökad uppmärksamhet på, kroppsliga sjukdomar bland personer med långvariga psykiatriska tillstånd.

Cecilia Magnusson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, SLSO

Innehåll

| | |
|--|----|
| Förord | 3 |
| Sammanfattning | 5 |
| Inledning..... | 6 |
| Hur vanligt är schizofreni? | 6 |
| Förkortad livslängd..... | 6 |
| Samsjuklighet och dess orsaker..... | 7 |
| Hög dödsrisk i de stora folksjukdomarna | 7 |
| Riskabla levnadsvanor..... | 8 |
| Biologiska riskmarkörer och metabolt syndrom..... | 9 |
| Antipsykotiska läkemedel och metabolt syndrom | 10 |
| Ökad känslighet för hjärt- och kärlsjukdomar? | 11 |
| Brister i vården | 12 |
| Utebliven behandling till följd av underdiagnostik | 12 |
| Sämre vård för kroppsliga sjukdomar..... | 12 |
| Hälso- och sjukvårdens möjligheter..... | 14 |
| Referenser | 15 |

Sammanfattning

- Personer med schizofreni har en förkortad livslängd; minst 12–15 år kortare än för befolkningen i övrigt. Den viktigaste orsaken är den tre gånger högre dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar och en närmare dubblerad risk att dö i cancer.
- Dödsriskerna för självmord och olycksfall är mycket höga jämfört med i befolkningen i övrigt. Trots det bidrar dessa traumatiska dödsorsaker mindre till den förkortade livslängden än de betydligt vanligare kroniska sjukdomarna.
- Rökning, stillasittande, dåliga matvanor, stress och ogynnsamma levnadsvillkor är vanligt vid schizofreni och är en viktig anledning till den höga sjukligheten. Dessutom bidrar biverkningar av antipsykotiska läkemedel till en ökad sjukdomsrisk.
- Kroppsliga sjukdomar bland patienter med schizofreni är underdiagnostiserade och därför inte behandlade. Endast 26 procent av de som avled till följd av hjärt- och kärlsjukdomar hade fått en hjärt-kärldiagnos innan, jämfört med 44 procent i befolkningen i övrigt. Motsvarande skillnad beträffande cancer var 74 respektive 82 procent.
- Underdiagnostiken har stor betydelse för överdödligheten. Överdödligheten var betydligt mindre bland personer med schizofreni som hade blivit diagnostiserade innan dödsfallet.
- När väl sjukdomar är diagnostiserade får personer med schizofreni en kvalitativt sämre vård. Behandlingsskillnaderna förefaller dock inte bidra lika mycket som underdiagnostik till den höga dödligheten.
- Det finns möjligheter till ökad diagnostik av sjukdomar bland personer med schizofreni, eftersom dessa personer har mycket kontakt med sjukvården. I den internationella litteraturen, och i lokala vårdprogram, betonas vikten av att psykiatriska patienter med kroppsliga sjukdomar inte faller mellan stolarna. Man betonar vikten av ett ökat samarbete mellan psykiatri och primärvård, och en förbättrad kunskap om kroppsliga sjukdomar inom psykiatrin.
- Det finns flera utarbetade rekommendationer för hur patienter med schizofreni ska följas med avseende på riskfaktorer för framtida kroppssjukdomar (se t.ex. www.psykiatristod.se). Rekommendationerna syftar till att tidigt förebygga uppkomsten av sjukdomar genom regelbundet återkommande undersökningar, förebyggande läkemedelsbehandling och stöd till förändrade levnadsvanor.

Inledning

Denna rapport har beställts av Hälso- och sjukvårdens förvaltning (HSF), Stockholms läns landsting (SLL) som ett kunskapsunderlag i arbetet med att förbättra vården för personer med allvarliga och långvariga psykiatriska sjukdomar, speciellt personer med psykotiska tillstånd inklusive schizofreni. I sin tur utgör detta en del av det omfattande arbete som staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) initierade år 2016 om att varje län/region i landet skall utarbeta en handlingsplan för psykisk hälsa på flera nivåer (specialistnivå, tidiga insatser och förebyggande/hälsofrämjande insatser) som ska bygga på ökad samverkan mellan kommuner och landsting.

Detta kunskapsunderlag riktar sig till alla personer som är inblandade i arbetet kring personer med psykotiska tillstånd inklusive schizofreni. Det är tänkt att ge en fyllig bild av bakgrunden till den höga förekomsten av kroppsliga sjukdomar och förtida död i patientgruppen. Undersökningar av den kroppsliga hälsan har ingått i kliniska riktlinjer och vårdprogram under många år. Trots detta faller patienter mellan stolarna. Förhoppningen är att denna text skall läsas med intresse och leda till ökad beredskap att ge stöd till förändrade levnadsvanor, återkommande medicinska undersökningar och förebyggande läkemedelsbehandling.

I sammanställningen beskrivs livslängd, kroppsliga sjukdomar och riskfaktorer bland personer med schizofreni baserat på svenska forskningsstudier och internationella översiktsartiklar som är identifierade i Medline med sökorden psychoses, schizophrenia, mortality, causes of death.

Hur vanligt är schizofreni?

De flesta som insjuknar i schizofreni insjuknar innan 30 års ålder [1], och sjukdomen har ofta ett kroniskt förlopp. Svenska studier har uppskattat att andelen av befolkningen som har diagnosen schizofreni (1-års prevalensen) är cirka 0,4 procent, och andelen förefaller inte ha förändrats [2, 3]. Studier visar dock stora skillnader mellan olika befolkningsgrupper, exempelvis är schizofreni dubbelt så vanligt i städer jämfört med på landet [4]. Invandrad befolkning och i synnerhet flyktingar, löper en betydligt högre risk [5, 6]. Skillnader i förekomst har också visats vara påtaglig mellan olika kommuner i Stockholms län [3, 7].

Förkortad livslängd

Undersökningar visar att schizofreni är den psykiatriska sjukdom som är förknippad med högst dödlighet som en följd av samsjuklighet i olika kroppsliga sjukdomar.]. Denna höga samsjuklighet är en viktig orsak till att schizofreni har rankats som den allra svåraste sjukdomen bland 220 sjukdomstillstånd, i en bedömning av sjukdomsördan i världen [8].

Personer med schizofreni har en förkortad livslängd, 10–25 år kortare jämfört med befolkningen i övrigt enligt internationella studier [9]. Det är en stor skillnad, en större skillnad än för många andra tillstånd som leder till en förkortad livslängd som diabetes (upp till 2 år), rökning (10 år) och fetma (10 år).

I en studie från Sverige från 2000-talet uppmättes skillnaden i livslängd mellan personer med och utan schizofreni till tolv år för kvinnor och 15 år för män [10]. I

studien ingick personer med schizofreni som haft kontakt med vården (slutenvård och specialiserad öppenvård) under 2001 eller 2002 oavsett kontaktorsak (dvs som huvud- eller bidiagnos). I en studie från Danmark som hade motsvarande upplägg var skillnaden åtta år för kvinnor och tolv år för män jämfört med danska befolkningen [11]. Medellivslängden i den danska befolkningen är dock lägre än i Sverige, särskilt bland kvinnor.

En större skillnad i livslängd, 17 år för kvinnor och 19 år för män, visade en annan studie som också var från Sverige från början av 2000-talet. I studien ingick personer (15 år och äldre) som vårdats för schizofreni för första gången [12]. Att skillnaden i livslängd i denna studie var större beror sannolikt på skillnader i studiepopulationen, alltså vilka som undersöktes. Dödligheten är högre hos personer som just fått sin diagnos [13], bland yngre [14], och bland personer som vårdats i slutenvård jämfört med öppenvård [15], vilka sannolikt bidrog till den högre skattningen.

I Sveriges befolkning har medellivslängden ökat stadigt. Allt sedan början av 1980-talet har den främsta orsaken varit en kraftigt minskad hjärt- och kärldödlighet [16]. Livslängden bland personer med schizofreni har i stort sett förbättrats i samma takt [17]. Under perioden mellan 1987-1990 och 2007-2010 minskade den åldersstandardiserade dödligheten med 30 procent i befolkningen i Sverige (vilket är ett annat sätt att visa att fler lever längre). Bland psykiatriska patienter som vårdats på sjukhus för schizofreni, minskade dödligheten med 27 procent under samma period.

De viktigaste anledningarna till att medellivslängden ökat stadigt i befolkningen i Sverige är dels förbättrade levnadsvanor, framförallt minskad rökning, men också en förbättrad sjukvård som innebär att fler överlever en hjärtinfarkt eller stroke [18]. Även om livslängden ökar i nästan samma takt bland personer med schizofreni som i befolkningen i övrigt, föreligger en skillnad på 12–15 år i livslängd som till stora delar skulle kunna påverkas genom förbättringar av vården.

Samsjuklighet och dess orsaker

För att mäta hur vanliga olika sjukdomar (samsjuklighet) är bland personer med schizofreni, används huvudsakligen två typer av sjuklighetsmått nämligen sjukdomsdiagnoser i öppen och slutenvård samt dödsorsaker. Bägge måtten har sina begränsningar.

Dödsorsaker kan hämtas från dödsorsaksregistret och är en tillförlitlig källa eftersom alla som dör finns registrerade. Å andra sidan är det enbart sådana sjukdomar som ofta orsakar död som man fångar, och inte förekomsten av sådan sjuklighet som kan medföra stort lidande men som man sällan dör av, som exempelvis rörelseorganens sjukdomar.

Den sjuklighet som kan fångas utifrån vårdkontakter är bredare. Nackdelen är att personer med schizofreni inte diagnostiseras och behandlas för kroppsliga sjukdomar i samma utsträckning som andra [19]. Därför riskerar man att få en falskt låg sjuklighet när den uppskattas utifrån vårdkontakter.

Hög dödsrisk i de stora folksjukdomarna

Risken att dö i olika sjukdomar för personer med och utan schizofreni har studerats i en aktuell svensk studie [10]. Personer med schizofreni (25 år och äldre) identifierades utifrån att diagnosen fanns registrerad i vården under åren 2000 eller 2001 (som huvud eller bidiagnos). Man studerade dödligheten för gruppen under perioden 2003–2009.

Riskerna att dö i självmord eller olycksfall var höga. Bland kvinnor var det tolv gånger vanligare att dö i självmord och bland män nio gånger. Risken att dö i ett olycksfall var sex gånger högre för både kvinnor och män.

Trots att överriskerna för traumatiska dödsfall var höga var det ändå en minoritet av alla personer med schizofreni som avled av traumatiska orsaker. Majoriteten dog istället av sjukdomar, nämligen 91 procent bland kvinnorna och 82 procent av männen. Liksom för befolkningen i stort är hjärt- och kärlsjukdomar den vanligaste dödsorsaken, trots att överriskerna inte är lika höga för hjärt- och kärlsjukdomar som för traumatiska orsaker. Anledningen är att hjärt- och kärlsjukdomar är en av våra stora folksjukdomar som drabbar många.

Risken att dö i hjärt- och kärlsjukdomar var tre gånger högre för bägge könen. Risken var ökad för såväl hjärtinfarkt som stroke. Risken att dö i diabetes var sex respektive fem gånger högre, för kvinnor respektive män.

Man fann också en ökad risk att dö i cancer, en dubblerad risk för kvinnor och 1,5 gånger högre för män. Risken var ökad för lungcancer, tjocktarmscancer och bröstcancer.

Risken att dö i lungsjukdomar var kraftigt ökad. Risken att dö i KOL var fem gånger högre bland kvinnor och nio gånger högre bland män. Död på grund av lunginflammation eller influensa var sju gånger högre för bägge könen. Dessutom var det nästan dubbelt så vanligt att dö i en leversjukdom.

Jämfört med bipolär sjukdom och depressioner är överdödligheten högre bland personer med schizofreni [12, 14, 20]. I Sverige har personer med bipolär sjukdom en dubblerad risk att dö i förtid vilket kan jämföras med den tre gånger högre risken vid schizofreni [12]. Att förtida död är vanligare vid schizofreni beror på den högre risken för kroppsliga sjukdomar. Självmord är däremot vanligare vid bipolär sjukdom och depressioner [14].

Samma orsaker till överdödlighet bland personer med schizofreni har visats i tidigare studier från Sverige och Norden [3, 13, 14, 21, 22] och i många andra länder [23]. Bilden av hur överdödligheten ser ut vid schizofreni i vårt land överensstämmer alltså med vad man funnit i andra länder där detta har undersökts. Det förefaller gälla både storleksordningen och dödsorsaksmonstret.

Riskabla levnadsvanor

Hjärt- och kärlsjukdomar är som sagt den viktigaste orsaken till att personer med schizofreni dör tidigt. Hjärt- och kärlsjukdomar påverkas i hög grad av våra levnadsvanor. Rökning, stillasittande, dåliga matvanor och stress påskyndar åderförkalkning. Även högkonsumtion av alkohol ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar. Dessa riskfyllda levnadsvanor/omständigheter är vanligare bland personer med schizofreni.

Rökning är vanligare bland personer med en psykiatrisk diagnos överlag, men vanligast bland personer med schizofreni, där andelen rökare har uppskattats ligga mellan 65–90 procent i olika internationella studier [24, 25]. Rökare som har schizofreni är dessutom oftare storrökare. I en svensk studie av personer med psykos (huvudsakligen schizofreni) som hade kontakt med psykiatrisk öppenvård under åren 2005–2012, fann man lägre andelar rökare än i de utländska studierna; 40 procent av kvinnorna och 44 procent av männen var rökare. Det var dock dubbelt så många som i befolkningen i

samma undersökning där 21 respektive 18 procent bland kvinnor respektive män rökte [26].

Samma undersökning visade också att bland personer med schizofreni var det vanligt att inte dricka någon alkohol alls (omkring 40 % bland både kvinnor och män). Samtidigt som fler var nykterister var det också fler som var högkonsumenter (7,5 jämfört med 1,3 procent bland kvinnor, 15 jämfört med 4 procent bland män) [26]. Att alkoholberoende (och även drogberoende i övrigt) är vanligare bland personer med schizofreni har konstaterats i bland annat flera europeiska länder [27] och i USA [28].

Personer som har schizofreni lever oftast ett stillasittande liv [29]. En undersökning från USA på 2000-talet, visar att personer med schizofreni och övervikt är fysiskt inaktiva [30]. De var helt stillasittande 81 procent av dagen, rörde sig lätt 17 procent av dagen, och endast under de resterande 2 procenten (19 minuter) utfördes någon aktivitet som var mer fysiskt krävande än så, vilket framförallt var hushållsaktiviteter.

När det gäller matvanor är det betydligt vanligare att personer med schizofreni har en kost som innehåller en hög andel mättat fett, och att konsumtionen av fibrer och frukt är låg, visar sammanställningar av olika internationella studier [29, 31].

Sammanfattningsvis innebär de levnadsvanor som beskrivits här en ökad risk för såväl diabetes som hjärt- och kärlsjukdomar, och också för cancer. Men ohälsosamma levnadsvanor ökar risken även för de flesta sjukdomar, det vill säga påverkar hälsan överlag. Exempelvis visar en dansk studie att av 19 studerade kroniska sjukdomar var 18 vanligare bland personer med schizofreni [19]. Insatser som kan leda till bättre levnadsomständigheter och främja en mer hälsosam livsstil, skulle således ha en stor betydelse för att förbättra hälsan för personer med schizofreni och minska risken för förtida död.

Biologiska riskmarkörer och metabolt syndrom

Vägen mellan levnadsvanor och sjukdom går via olika biologiska störningar i kroppens funktioner som går att mäta. Höga blodfetter, högt blodsocker, högt blodtryck och bukfetma är alla tecken på en biologisk obalans som ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar. Dessa riskmarkörer uppträder ofta tillsammans och har därför betraktats som ett syndrom, kallat metabolt syndrom. Fetma (bukfetma) är centralt för utvecklingen av metabolt syndrom, eftersom bukfetma ökar risken för såväl högt blodsocker/diabetes, högt blodtryck som höga blodfetter. [18]

Personer som har metabolt syndrom har fyra gånger högre risk att utveckla diabetes [32] och dubblerad risk för hjärtsjukdom och stroke [33]. Det finns således kopplingar mellan hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes typ 2, som är den vanligaste formen av diabetes (till skillnad mot den mindre vanliga diabetes typ 1 som oftast drabbar unga med akuta symtom och kräver insulinbehandling). Diabetes typ 2 och hjärt- och kärlsjukdomar är delar av samma sjukdomsutveckling och har gemensamma orsaker.

I tidigare nämnda undersökning av patienter i psykiatrisk öppenvård mellan 2005–2012, hade 46 procent av patienterna med schizofreni metabolt syndrom (fastställt med klinisk undersökning inkluderande blodprover) [26]. För de enskilda komponenterna var förekomsten ännu högre nämligen omkring 60 procent för såväl bukfetma, högt blodtryck som högt blodsocker. I en annan aktuell studie (2000–2003) från norra Sverige hade 35 procent av patienter med schizofreni metabolt syndrom [34], medan motsvarande andel i befolkningen var omkring 10 procent [35].

En sammanställning av ett stort antal internationella studier kom fram till att i genomsnitt var tredje person med schizofreni hade metabolt syndrom [36]. Det gällde för olika platser och för både kvinnor och män, trots att förekomsten av metabolt syndrom i respektive befolkning varierade betydligt. Ju längre tid man hade haft schizofreni ju mer ökade risken för metabolt syndrom. Bukfetma var den riskfaktor bland personer med schizofreni som bäst förutspådde om en individ kom att utveckla ett fullständigt metabolt syndrom. För de som nyligen fått diagnosen schizofreni och ännu inte behandlats med antipsykotiska läkemedel, fann man ingen högre risk för metabolt syndrom i denna sammanställning. Andra studier har emellertid visat att metabolt syndrom är vanligare bland personer med schizofreni redan vid sjukdomsdebuten, jämfört med befolkningen [37].

Det är viktigt att tidigt upptäcka de biologiska riskmarkörerna som ingår i metabolt syndrom. Om man får behandling i tid, det vill säga när man har en eller flera av dessa riskmarkörer men ännu inte utvecklat hjärt- och kärlsjukdom, har man goda möjligheter att förebygga sjukdomsutvecklingen, bromsa åderförkalkningen [18]. Med hjälp av hälsosamma levnadsvanor kan man normalisera blodtryck, blodfetter, blodsocker och bukfetma. Förutom förbättrade levnadsvanorna kan sjukdomsutvecklingen förebyggas med hjälp av läkemedel som sänker blodtrycket, minskar blodfetterna och blodsockernivån.

Metabolt syndrom och dess biologiska markörer är emellertid underdiagnostiserade i befolkningen generellt. Hälften av alla svenskar med högt blodtryck och högt blodsocker vet inte om att de har det [18]. Brister i diagnostisering är ännu större bland personer med schizofreni vilket leder till underbehandling (se vidare nedan).

Antipsykotiska läkemedel och metabolt syndrom

Det finns ytterligare anledningar, utöver ohälsosamma levnadsvanor, till att metabolt syndrom är vanligt bland personer med schizofreni och andra psykotiska tillstånd. En anledning är att själva läkemedelsbehandlingen mot sjukdomen leder till en ökad risk för metabolt syndrom [38, 39].

Första generationens läkemedel mot schizofreni kom på 1950-talet och var effektiva mot psykotiska symtom (hallucinationer, vanföreställningar) och innebar en revolution inom mentalvården som möjliggjorde en utslussning från mentalsjukhusen. Första generationens antipsykotika hade emellertid allvarliga biverkningar på motoriken och framkallade bland annat ofrivilliga rörelser (tardiv dyskinesi), som kunde leda till stort lidande.

Andra generationens antipsykotika har sedan 1990-talet successivt kommit att ersätta första generationens antipsykotika och är idag ett förstahandsval. Dessa läkemedel har en liten risk för motoriska biverkningar men har visat sig kunna ha ogynnsamma effekter på ämnesomsättningen. Läkemedlen kan leda till viktuppgång hos en del, dock inte alla, sannolikt beroende på genetisk disposition [39]. Förutom viktuppgång påverkas ämnesomsättningen i riktning mot metabolt syndrom. Viktuppgången kan vara mycket snabb, och förändringar av ämnesomsättningen kan uppstå inom ett år efter att medicinering påbörjats [37, 40, 41]. Det kan jämföras med att det annars tar flera år att utveckla metabolt syndrom.

Samtliga andra generationens antipsykotika kan förorsaka metabolt syndrom men i olika hög grad [38, 42]. Personer som inte får någon läkemedelsbehandling alls för sin schizofreni har emellertid den allra högsta dödligheten [43].

Ökad känslighet för hjärt- och kärlsjukdomar?

Det finns en pågående diskussion om huruvida personer med schizofreni också har en ökad biologisk känslighet för att utveckla diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar. Man har bland annat funnit att det är vanligare bland personer med schizofreni att ha släktingar med diabetes typ 2 vilket skulle kunna bero på genetiska orsaker men också på gemensamma levnadsomständigheter som ökar risken för både diabetes och schizofreni [44, 45].

Det har framförts olika hypoteser om hur en eventuell biologisk länk skulle kunna se ut mellan schizofreni och hjärt- och kärlsjukdomar [46]. Länken skulle kunna vara genetisk eftersom schizofreni och hjärt-och kärlsjukdomar har en del gemensamma genvarianter som är kopplade till en ökad risk för bägge sjukdomarna. Den biologiska länken har också kopplats till skador under fosterstadiet som ökar risken för att senare utveckla såväl schizofreni som hjärt- och kärlsjukdomar, exempelvis infektioner i fosterlivet [47, 48] eller undernäring. En annan hypotes är att det skulle finnas störningar i immunförsvaret som kan orsaka bägge sjukdomarna.

Från detta perspektiv skulle schizofreni kunna ses som en systemsjukdom av betydelse för hela den kroppsliga hälsan, snarare än enbart en "hjärnsjukdom" eller psykisk sjukdom [48].

Brister i vården

Anledningen till den höga dödligheten bland personer med schizofreni beror förutom på högre sjuklighet till följd av ohälsosamma levnadsvanor samt medicinering, även på brister i diagnostik och behandling.

Utebliven behandling till följd av underdiagnostik

I den svenska studien av dödsorsaker som redovisats ovan [10], kartlades även vårdtillfällen/vårdkontakter mellan 2003–2009 i slutenvård respektive öppen specialiserad vård. Det visade sig att det var dubbelt så vanligt att personer med schizofreni hade haft någon vårdkontakt för diabetes, KOL eller lunginflammation. Att dessa diagnoser var vanligare kan man också förvänta sig utifrån den höga dödligheten i dessa sjukdomar. Däremot var det inte en större andel som hade diagnostiserats med högt blodtryck, höga blodfetter, hjärtsjukdom, cancer eller leversjukdom. Andelen som hade diagnosen högt blodtryck var till och med lägre bland kvinnor med schizofreni än bland andra kvinnor.

Denna stora skillnad mellan den andel som registrerats i dödsorsaksregistret och den andel som fått en diagnos i sjukvården, visar att det föreligger en underdiagnostik bland personer med schizofreni. Bland de som avled till följd av hjärt- och kärlsjukdomar var det endast 26 procent som hade fått en hjärt-kärldiagnos tidigare, jämfört med 44 procent i befolkningen i övrigt [10]. Motsvarande skillnad beträffande cancer var 74 respektive 82 procent.

Denna underdiagnostik har haft betydelse för den ökade dödligheten [10]. När man undersökte risken att dö bland personer som alla hade fått en diagnos tidigare, fanns inte längre någon överrisk att dö i cancer bland personer med schizofreni. Överrisken att dö i hjärtsjukdomar minskade till 36 procent, jämfört med 300 procent (3 gånger) som redovisats ovan.

Det finns möjligheter till ökad diagnostik av sjukdomar bland personer med schizofreni, eftersom dessa personer har stor kontakt med sjukvården. Antalet vårdkontakter/vårdtillfällen bland personer med schizofreni var i genomsnitt dubbelt så många under åren 2003–2009, jämfört med andra i motsvarande åldrar [10].

Det faktum att patienter med schizofreni inte diagnostiseras för sina kroppsliga sjukdomar, trots att de oftare har kontakt med sjukvården, är känt även från andra länder [49-51].

Sämre vård för kroppsliga sjukdomar

Underdiagnostik tycks således vara av betydelse för att personer med schizofreni inte får behandling. Men det finns också kvalitetsbrister i den vård som ges till personer med schizofreni och andra psykotiska tillstånd, visar en serie studier från Socialstyrelsen. Personer med psykotiska tillstånd får en sämre behandling för hjärtinfarkt [52], stroke [53], diabetes [54] och cancer [55]. En del av dessa behandlingsskillnader beror på en försenad diagnostik, men inte alla.

Ett mått på vårdens kvalitet är andelen som överlever efter att ha vårdats för en hjärtinfarkt. I Socialstyrelsens studie ingick alla som vårdats på sjukhus för sin första hjärtinfarkt under åren 2003–2009 i Sverige. Dödsrisken under de närmaste sex

månaderna efter en infarkt var högre för personer med psykisk sjukdom, och framförallt förhöjd bland kvinnor och män i psykosgruppen. Risken att avlida var i det närmaste fördubblad, och då hade man i jämförelsen tagit hänsyn till eventuella skillnader i kroppslig sjuklighet (registrerad vid tidigare vårdtillfällen) mellan personer med eller utan psykosjukdom, vilket annars hade kunnat påverka jämförelsen. Bland psykopatienterna fick ungefär hälften så många ballongvidgning i jämförelse med övriga hjärtinfarktpatienter. Ballongvidgning ska göras så snart som möjligt vid en hjärtinfarkt för att öppna blodflödet i hjärtats kranskärl och minska skadan på hjärtmuskeln. Utebliven ballongvidgning beräknades ha bidragit till 30 procent av den ökade dödsrisken efter hjärtinfarkt.

Behandling av förhöjt blodtryck och förhöjda blodfetter minskar risken för att återinsjukna i hjärtinfarkt. Personer med psykisk sjukdom hämtade i lägre utsträckning ut sådana sekundärpreventiva läkemedel, vilket kan bero på att läkemedlet inte hade förskrivits eller att patienterna inte hämtade ut förskrivet läkemedel. Framförallt var det psykopatienter som inte kom att behandlas med blodfettsänkande läkemedel, eller läkemedel som minskar belastningen på hjärtat (ACE-hämmare/ARB).

Motsvarande bild gäller också vården av strokepatienter med en psykisk sjukdom [53]. Psykiskt sjuka patienter som insjuknar i en stroke (orsakad av en blodpropp i hjärnan), hade en ökad risk för död inom 6 månader, jämfört med strokepatienter utan psykisk sjukdom. De erhöll inte halskärlskirurgi (för att förhindra framtida blodproppar) i samma omfattning som övriga patienter. De hade också lägre tillgång till läkemedel för att minska risken för en ny stroke (blodförtunnande, fett-sänkande, blodtrycksmediciner) än övriga patienter. Det var exempelvis bara 24 procent av männen i psykosgruppen som hade hämtat ut blodförtunnande läkemedel inom loppet av 6 månader efter en stroke, jämfört med 62 procent av männen utan psykisk diagnos.

Diabetespatienter med psykosjukdom förefaller inte få en optimal vård [54]. Diabetespatienter (identifierade via läkemedelsregistret 2006) med samtidig psykosjukdom hade 2,6 gånger högre dödlighet (själv-mord exkluderade) under åren 2007–2009, jämfört med diabetiker utan psykisk sjukdom. Diabetespatienter med psykisk sjukdom hade också i lägre utsträckning hämtat ut recept på blodfettsänkande läkemedel än övriga patienter.

Socialstyrelsen kartlade också skillnader i canceröverlevnad mellan patienter med och utan samtidig psykisk sjukdom [55]. Personer med psykosjukdom som insjuknat i cancer under perioden 2003–2008 hade en sämre överlevnad i lungcancer, cancer i lymfatisk och blodbildande vävnad, prostatacancer, bröstcancer och cancer i tjock- och ändtarm. Socialstyrelsen analyserade vidare skillnaderna i bröstcanceröverlevnad. Man fann att kvinnor med psykisk sjukdom hade en bröstcancer i ett mer avancerat stadium vid tidpunkten för diagnos än andra kvinnor, vilket försämrar prognosen. Resultaten tyder på att psykiskt sjuka kvinnor inte går på mammografiscreening i samma utsträckning som andra.

Även studier från andra länder visar att vårdens kvalitet är sämre för patienter med schizofreni när det gäller kroppsliga sjukdomar [50], som exempelvis för hjärtsjukdomar [56–58], diabetes [59–60] och cancer [61–63], eller i förebyggande syfte som mammografi, koloskopi, livmoderhalsundersökningar, vaccinationer och hälsoråd [64].

Hälso- och sjukvårdens möjligheter

Patienter med schizofreni har en regelbunden kontakt med sjukvården. Sjukvården har därför möjligheter att upptäcka kroppssjukdomar (och deras förstadier). Det tycks vara bristen på diagnostik som är den viktigaste orsaken till att det är vanligare att personer med schizofreni dör av sina sjukdomar. För sjukdomar som är diagnostiserade får personer med schizofreni en kvalitativt sämre vård, men behandlingsskillnader förefaller inte bidra lika mycket som underdiagnostik till den högre dödligheten.

Den andra viktiga orsaken till överdödlighet bland personer med schizofreni är att de drabbas av fler sjukdomar. De främsta orsakerna till den höga sjukligheten är effekter av mediciner, ohälsosammare levnadsvanor och svårare livsomständigheter. Vården har ansvar för att också verka för bättre levnadsvanor.

I den internationella litteraturen, liksom i lokala vårdprogram, betonas vikten av att patienter med psykiatriska sjukdomar och samtidigt kroppsliga sjukdomar inte faller mellan stolarna [49,59, 65-67]. Psykiatrikerna, som är de läkare som patienterna träffar mest, uppmärksammar inte alltid kroppsliga sjukdomar och patienterna söker inte själva upp primärvården. Man betonar vikten av ett ökat samarbete mellan psykiatri och primärvård, och en förbättrad kunskap om kroppsliga sjukdomar inom psykiatri.

Det finns flera utarbetade rekommendationer för hur patienter med schizofreni ska följas med avseende på riskfaktorer för framtida kroppssjukdomar [68, 69].

Rekommendationerna syftar till att tidigt förebygga uppkomsten av sjukdomar genom regelbundet återkommande undersökningar, förebyggande läkemedelsbehandling och stöd till förändrade levnadsvanor se t.ex. www.psykiatristod.se. Införande av nationella och lokala rekommendationer har visats kunna förbättra uppföljningen, men trots rekommendationer är det långt ifrån alla patienter som får en adekvat uppföljning [70].

Socialstyrelsen konstaterar i sin ovan nämnda genomgång av diabetesvården för psykiskt sjuka personer "Att hälso- och sjukvården, oavsett orsakerna till ojämlikheterna i hälsoutfall och läkemedelsanvändning, har ett stort ansvar att nå gruppen av personer med somatisk sjuklighet och samtidig psykisk sjukdom. En utvecklad samverkan mellan olika vårdinstanser torde vara en central fråga i sammanhanget för att omhändertagandet för denna grupp av personer inom vården också ska kunna fungera väl." [54]

Referenser

1. Laursen, T.M., M. Nordentoft, and P.B. Mortensen, *Excess early mortality in schizophrenia*. *Annu Rev Clin Psychol*, 2014. **10**: p. 425-48.
2. Fors, B.M., et al., *Mortality among persons with schizophrenia in Sweden: an epidemiological study*. *Nord J Psychiatry*, 2007. **61**(4): p. 252-9.
3. Jorgensen, L., P. Allebeck, and C. Dalman, *Prevalence of psychoses in Stockholm County--a population-based study using comprehensive healthcare registers*. *Nord J Psychiatry*, 2014. **68**(1): p. 60-5.
4. Krabbendam, L. and J. van Os, *Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence--conditional on genetic risk*. *Schizophr Bull*, 2005. **31**(4): p. 795-9.
5. Cantor-Graae, E. and J.P. Selten, *Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review*. *Am J Psychiatry*, 2005. **162**(1): p. 12-24.
6. Hollander, A.C., et al., *Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden*. *Bmj*, 2016. **352**: p. i1030.
7. Flyckt, L., *Regionalt vårdprogram: Schizofreni och andra psykosjukdmar*. 2008, Stockholms läns landsting.
8. Salomon, J.A., et al., *Common values in assessing health outcomes from disease and injury: disability weights measurement study for the Global Burden of Disease Study 2010*. *Lancet*, 2012. **380**(9859): p. 2129-43.
9. Laursen, T.M., T. Munk-Olsen, and M. Vestergaard, *Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia*. *Curr Opin Psychiatry*, 2012. **25**(2): p. 83-8.
10. Crump, C., et al., *Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study*. *Am J Psychiatry*, 2013. **170**(3): p. 324-33.
11. Nielsen, R.E., et al., *Increasing mortality gap for patients diagnosed with schizophrenia over the last three decades--a Danish nationwide study from 1980 to 2010*. *Schizophr Res*, 2013. **146**(1-3): p. 22-7.
12. Laursen, T.M., 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**(6): p. e67133.
13. Nordentoft, M., 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**(1): p. e55176.
14. Laursen, T.M., et al., *Increased mortality among patients admitted with major psychiatric disorders: a register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia*. *J Clin Psychiatry*, 2007. **68**(6): p. 899-907.
15. Crump, C., et al., *Mortality in persons with mental disorders is substantially overestimated using inpatient psychiatric diagnoses*. *J Psychiatr Res*, 2013. **47**(10): p. 1298-303.

16. Danielsson, M. and M. Talbäck, *Folkhälsan i översikt*, in *Folkhälsorapport 2009*, http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/1_Oversikt.pdf. 2009, Socialstyrelsen.
17. Ösby, U., et al., *Mortality trends in cardiovascular causes in schizophrenia, bipolar and unipolar mood disorder in Sweden 1987–2010*. The European Journal of Public Health, 2016.
18. Norberg, M. and M. Danielsson, *Övervikt och hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes*, in *Folkhälsorapport 2009*, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71>. 2009, Socialstyrelsen.
19. Laursen, T.M., T. Munk-Olsen, and C. Gasse, *Chronic somatic comorbidity and excess mortality due to natural causes in persons with schizophrenia or bipolar affective disorder*. PLoS One, 2011. **6**(9): p. e24597.
20. Walker, E., R.E. McGee, and B.G. Druss, *Mortality in mental disorders and global disease burden implications: A systematic review and meta-analysis*. JAMA Psychiatry, 2015. **72**(4): p. 334-341.
21. Ösby, U., et al., *Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden*. Schizophr Res, 2000. **45**(1-2): p. 21-8.
22. Allebeck, P. and B. Wistedt, *Mortality in schizophrenia. A ten-year follow-up based on the Stockholm County inpatient register*. Arch Gen Psychiatry, 1986. **43**(7): p. 650-3.
23. Saha, S., D. Chant, and J. McGrath, *A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time?* Arch Gen Psychiatry, 2007. **64**(10): p. 1123-31.
24. Fagerstrom, K. and H.J. Aubin, *Management of smoking cessation in patients with psychiatric disorders*. Curr Med Res Opin, 2009. **25**(2): p. 511-8.
25. de Leon, J. and F.J. Diaz, *A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors*. Schizophr Res, 2005. **76**(2-3): p. 135-57.
26. Foldemo, A., et al., *Health-related quality of life and metabolic risk in patients with psychosis*. Schizophr Res, 2014. **152**(1): p. 295-9.
27. Carrà, G., et al., *The lifetime and past-year prevalence of dual diagnosis in people with schizophrenia across Europe: findings from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC)*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 2012. **262**(7): p. 607-616.
28. Regier, D.A., et al., *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study*. Jama, 1990. **264**(19): p. 2511-8.
29. Ward, M. and B. Druss, *The epidemiology of diabetes in psychotic disorders*. Lancet Psychiatry, 2015. **2**(5): p. 431-51.
30. Janney, C.A., et al., *Physical activity and sedentary behavior measured objectively and subjectively in overweight and obese adults with schizophrenia or schizoaffective disorders*. J Clin Psychiatry, 2015. **76**(10): p. e1277-84.
31. Dipasquale, S., et al., *The dietary pattern of patients with schizophrenia: a systematic review*. J Psychiatr Res, 2013. **47**(2): p. 197-207.

32. Hanley, A.J., et al., *Prediction of type 2 diabetes mellitus with alternative definitions of the metabolic syndrome: the Insulin Resistance Atherosclerosis Study*. *Circulation*, 2005. **112**(24): p. 3713-21.
33. Gami, A.S., et al., *Metabolic syndrome and risk of incident cardiovascular events and death: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies*. *J Am Coll Cardiol*, 2007. **49**(4): p. 403-14.
34. Hägg, S., et al., *High prevalence of the metabolic syndrome among a Swedish cohort of patients with schizophrenia*. *Int Clin Psychopharmacol*, 2006. **21**(2): p. 93-8.
35. Hu, G., et al., *Prevalence of the metabolic syndrome and its relation to all-cause and cardiovascular mortality in nondiabetic European men and women*. *Arch Intern Med*, 2004. **164**(10): p. 1066-76.
36. Mitchell, A.J., et al., *Is the Prevalence of Metabolic Syndrome and Metabolic Abnormalities Increased in Early Schizophrenia? A Comparative Meta-Analysis of First Episode, Untreated and Treated Patients*. *Schizophrenia Bulletin*, 2013. **39**(2): p. 306-318.
37. Correll, C.U., et al., *Cardiometabolic risk in patients with first-episode schizophrenia spectrum disorders: baseline results from the RAISE-ETP study*. *JAMA Psychiatry*, 2014. **71**(12): p. 1350-63.
38. Ventriglio, A., et al., *Metabolic issues in patients affected by schizophrenia: clinical characteristics and medical management*. *Front Neurosci*, 2015. **9**: p. 297.
39. de Hert, M., et al., *Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care*. *World Psychiatry*, 2011. **10**(1): p. 52-77.
40. Rojo, L.E., et al., *Metabolic syndrome and obesity among users of second generation antipsychotics: A global challenge for modern psychopharmacology*. *Pharmacol Res*, 2015. **101**: p. 74-85.
41. Perez-Iglesias, R., et al., *Course of weight gain and metabolic abnormalities in first treated episode of psychosis: the first year is a critical period for development of cardiovascular risk factors*. *Int J Neuropsychopharmacol*, 2014. **17**(1): p. 41-51.
42. Rummel-Kluge, C., et al., *Head-to-head comparisons of metabolic side effects of second generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia: a systematic review and meta-analysis*. *Schizophr Res*, 2010. **123**(2-3): p. 225-33.
43. Tiihonen, J., et al., *Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study*. *Bmj*, 2006. **333**(7561): p. 224.
44. Lin, P.I. and A.R. Shuldiner, *Rethinking the genetic basis for comorbidity of schizophrenia and type 2 diabetes*. *Schizophr Res*, 2010. **123**(2-3): p. 234-43.
45. Gough, S.C. and M.C. O'Donovan, *Clustering of metabolic comorbidity in schizophrenia: a genetic contribution?* *J Psychopharmacol*, 2005. **19**(6 Suppl): p. 47-55.
46. Dieset, I., O.A. Andreassen, and U.K. Haukvik, *Somatic Comorbidity in Schizophrenia: Some Possible Biological Mechanisms Across the Life Span*. *Schizophr Bull*, 2016.

47. Blomström, A., et al., *Associations Between Maternal Infection During Pregnancy, Childhood Infections, and the Risk of Subsequent Psychotic Disorder--A Swedish Cohort Study of Nearly 2 Million Individuals*. Schizophr Bull, 2016. **42**(1): p. 125-33.
48. Blomström, A., et al., *Influence of maternal infections on neonatal acute phase proteins and their interaction in the development of non-affective psychosis*. Transl Psychiatry, 2015. **5**: p. e502.
49. Moore, S., et al., *Promoting physical health for people with schizophrenia by reducing disparities in medical and dental care*. Acta Psychiatr Scand, 2015. **132**(2): p. 109-21.
50. Mitchell, A.J., D. Malone, and C.C. Doebbeling, *Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: systematic review of comparative studies*. Br J Psychiatry, 2009. **194**(6): p. 491-9.
51. Smith, D.J., et al., *Schizophrenia is associated with excess multiple physical-health comorbidities but low levels of recorded cardiovascular disease in primary care: cross-sectional study*. BMJ Open, 2013. **3**(4).
52. Socialstyrelsen, *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - akut hjärtinfarkt*. 2011.
53. Socialstyrelsen, *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - stroke*. 2011.
54. Socialstyrelsen, *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - diabetes*. 2011.
55. Socialstyrelsen, *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - cancer*. 2011.
56. Woodhead, C., et al., *Cardiovascular disease treatment among patients with severe mental illness: a data linkage study between primary and secondary care*. British Journal of General Practice, 2016. **66**(647): p. e374-e381.
57. Lahti, M., et al., *Cardiovascular morbidity, mortality and pharmacotherapy in patients with schizophrenia*. Psychol Med, 2012. **42**(11): p. 2275-85.
58. Mitchell, A.J. and O. Lord, *Do deficits in cardiac care influence high mortality rates in schizophrenia? A systematic review and pooled analysis*. Journal of Psychopharmacology (Oxford, England), 2010. **24**(4_supplement): p. 69-80.
59. Chwastiak, L.A., et al., *Clinical management of comorbid diabetes and psychotic disorders*. The Lancet Psychiatry, 2015. **2**(5): p. 465-476.
60. Vinogradova, Y., et al., *Effects of severe mental illness on survival of people with diabetes*. Br J Psychiatry, 2010. **197**(4): p. 272-7.
61. Chou, F.H., et al., *The incidence and relative risk factors for developing cancer among patients with schizophrenia: a nine-year follow-up study*. Schizophr Res, 2011. **129**(2-3): p. 97-103.
62. Chang, C.K., et al., *A cohort study on mental disorders, stage of cancer at diagnosis and subsequent survival*. BMJ Open, 2014. **4**(1): p. e004295.
63. Kisely, S., E. Crowe, and D. Lawrence, *Cancer-related mortality in people with mental illness*. JAMA Psychiatry, 2013. **70**(2): p. 209-17.

64. Lord, O., D. Malone, and A.J. Mitchell, *Receipt of preventive medical care and medical screening for patients with mental illness: a comparative analysis*. Gen Hosp Psychiatry, 2010. **32**(5): p. 519-43.
65. Happell, B., D. Scott, and C. Platania-Phung, *Perceptions of barriers to physical health care for people with serious mental illness: a review of the international literature*. Issues Ment Health Nurs, 2012. **33**(11): p. 752-61.
66. Jones, R., B. Major, and C. Fear, *Schizophrenia in a Primary Care Setting*. Curr Psychiatry Rep, 2015. **17**(10): p. 84.
67. Stockholms läns landsting. *Psykiatristöd*. www.psykiatristod.se.
68. National Institute for Care Excellence (NICE). *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Clinical guideline [CG178]*. 2014.
69. Cooper, S.J., et al., *BAP guidelines on the management of weight gain, metabolic disturbances and cardiovascular risk associated with psychosis and antipsychotic drug treatment*. J Psychopharmacol, 2016. **30**(8): p. 717-48.
70. Mitchell, A.J., et al., *Guideline concordant monitoring of metabolic risk in people treated with antipsychotic medication: systematic review and meta-analysis of screening practices*. Psychol Med, 2012. **42**(1): p. 125-47.

ISBN 978-91-87691-46-1



**Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin**

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING