Camilla Fabricius

Ashok Ganeshalingam

DIABETES MELLITUS OG DEN SVÆRT SYGE PSYKIATRISKE PATIENT

"PATIENTEN KOMMER IKKE TIL KONTROL. HVAD GØR DU?"

En 42-årig patient med skizofreni og type 2-diabetes har stigende HbA1c og betydelig vægtøgning. Patienten er i behandling med antipsykotisk medicin og er udeblevet fra to diabeteskontroller.

Hvad er din første tanke?

- *Patienten mangler motivation.*
- *Medicinen kan bidrage til vægtøgning og metabolisk forværring.*
- *Der kan være barrierer i patientens hverdag eller i sundhedsvæsenets tilbud.*
- *Jeg vil undersøge alle tre muligheder og tale med patienten.*

Brug gerne 2 minutter på at drøfte spørgsmålet med sidemanden.



‘TYPISKE’ PATIENTER

Camilla S. Fabricius

Speciallæge i almen medicin

Afdelingslæge ansat i Retspsykiatrien Region Syddanmark



PATIENTEN SOM LEVER MED SKIZOFRENI

Psykoser, enten intermitterende eller til stede hele tiden.

Igangsætning af aktiviteter er hæmmet.

Konkret tænkende.

Autistiske træk i tankegangen

Ingen eller ringe kropbevidsthed.

HVAD ER EN PSYKOSE I PRAKSIS?

En bizar vrangforestilling, der ikke kan korrigeres.

De typiske jeg støder på i min hverdag er de paranoide vrangforestillinger.

PARANOID VRANGFORESTILLING

Patient vågner op med hovedpine hver morgen.

Ikke psykotisk tanke: ‘Jeg har nok ligget forkert i nat’, ‘Jeg har nok ikke fået nok at drikke i går’, eller lign.

Psykotisk tanke: Patienten på nabostuen saver hver nat den pågældende patients hoved af og spiller bowling med det. Ingen natten er omme, sættes hovedet på plads igen på ejermandens krop. Derfor har patienten hovedpine.



SYMPTOMER FRA EN PATIENT MED SKIZOFRENI



Skal tages alvorligt.



Hvis de mærker noget i deres krop, er der ofte noget galt.



Bag psykosen gemmer sig ofte en somatisk sygdom.



Patienten har ofte sin egen 'logik' omkring de symptomer de mærker fra kroppen.



HVORFOR OG AF HVAD DØR DENNE PATIENTGRUPPE TIDLIGERE AF?



Metaboliske sygdomme; forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol, sukkersyge, KOL og følgesygdomme heraf. (Blodpropper, infektioner etc.)



Kræft, der enten ikke opdages eller opdages for sent.



At patienterne ikke kan gennemføre de etablerede behandlingstilbud i sundhedssektoren.



“Jeg savner, at nogen spørger, hvad der faktisk virker for mig.”

“Jeg har været til utallige kostvejledninger, men ingen har spurgt, hvad jeg selv tror, jeg kan overkomme. Det hele bliver meget ‘one size fits all’ – men jeg lever med både angst og diabetes, og det ændrer alt.”

DIABETES

Ashok Ganeshalingam

Overlæge, Phd

Sygehus Lillebælt - Kolding





“Jeg føler, jeg bliver dømt, før jeg overhovedet sætter mig.”

“Når jeg kommer til kontrol, kigger de først på min vægt og min diagnose – ikke på mig.
Det føles, som om alt bliver forklaret med ‘du spiser nok for meget’, i stedet for at spørge, hvordan jeg egentlig har det.”

PRÆDIABETES

HbA1c 39 – 47 mmol/mol

Stærk prædiktor for type 2 diabetes (T2D)

Prædiktor for præmatur CVD

MACE



OVERVÆGT

Fedme Prævalens

- >2x ↑ Bipolær sygdom
- 1,7 x ↑Depression
- 2-3x ↑ Schizophrenia

De Hert et al
Wandell P et al
Vancampfort D et al
Lawrence D et al

METABOLISK SYNDROM

MetS prevalence hos SMI 32.6% (95% CI: 30.8%-34.4%; N = 198; n = 52,678).

Overvejelser: Køn, alder, etnicitet, pubertet

Mangler: NAFLD og Urat

Vancampfort D et al

DM2

Vancampfort D et al

Skizofreni – Bipolær sygdom – Depression
T2DM prævalens 11.3% (n= 438,245)
Antipsykotika-naive patienter, T2DM Prævalens 2.9%
Ingen Signifikant forskel mellem grupperne
↑T2DM prævalens hos ♀ med SMI vs. ♂ med SMI (RR=1.43, 95% CI: 1.20-1.69, p<0.001)

INTERVENTIONER

Skizofreni – Bipolær sygdom – Depression

- Adfærds interventioner (mean difference [MD] −3.13 kg; 95% CI, −4.21 to −2.05),
- Metformin (MD −4.13 kg; CI, −6.58 to −1.68)
- Semaglutide (MD −9.2kg; CI, −11.68 to −6.75)
- Antipsykotika: Aripiprazole → vægtkontrol. ↑ Recidiv af skizofrenisymptomer

Gierisch et al

‘HVAD BETYDER DET SÅ?

Prævalensen af DM 2 er x3 forøget hos patienter med psykisk sygdom

Patienter i høj risiko kan behandles med metformin allerede ved HbA1c 39 mml/mol-47mmol/mol

Levetiden er 15 år kortere for kvinder og 20 år kortere for mænd med skizofreni

1/3 del af dødsfaldene skyldes Prematur CVD, som følge af DM eller prediabetes.

Stram regulering ved sygdomsdebut giver bedre outcomes

Overvej vægttabsinducerende behandling tidligt i sygdommen

Henvis ved manglende kontrol/ behov mere end 2 –stofsbehandling eller insulinopstart

NÅR PATIENTEN MED PSYKISK SYGDOM KOMMER TIL DIABETESKONTROL

Forestil dig, at en patient med skizofreni, type 2-diabetes og behandling med olanzapin møder til kontrol. HbA1c er steget, vægten er øget, og patienten har udeblevet fra de sidste to aftaler.

Hvad skal vi være opmærksomme på?

- *Er der ændringer i psykisk tilstand, medicin, appetit, søvn eller funktionsniveau?*
- *Er behandlingen realistisk i patientens hverdag?*
- *Er der tegn på akut metabolisk forværring eller komplikationer?*
- *Kan aftalerne gøres lettere at gennemføre?*
- *Hvem har ansvaret for opfølgningen, og er det tydeligt for patienten?*

DØDSÅRSAGER FORTSAT

Afbrudte behandlingsforløb, manglende fremmøde – der igen skyldes patientens manglende overblik/overskud og systemets manglende fleksibilitet.

Stigmatisering i og af systemet.

Forventning fra patientens side om at blive afvist, eller om ikke at blive lyttet til.

Sidst men ikke mindst: At de bliver mere syge, og diagnoser som sukkersyge og hjertekarsygdomme optræder i en tidligere alder hos denne patientgruppe.

HVAD GØR PATIENTERNE SYGE?

Deres livsstil?

Deres psykiatriske lidelse?

ANTIPSYKOTIKA OG FORHØJET KOLESTEROL + SUKKERSYGE

Nogle typer antipsykotika giver forhøjet kolesteroltal via deres indvirken på kroppen.

De fleste antipsykotika giver øget appetit/nedsat mæthedsfornemmelse.

Har en sløvende effekt udover den antipsykotiske virkning.

Belønningscenteret nedreguleres. (Dopaminerge respons nedreguleres) – misbrug.

ANTIPSYKOTIKAS BIVIRKNINGER

Antikolinerge	**- Obstipation** **- Mundtørhed** **- Urinretention** **- Sløret syn** **- Sløvhed**	**Typiske for de fleste antipsykotika.** **Dosisafhængige**
Ekstrapyramidale	- Muskelspasmer (Dystoni) - Tremor (Pseudo-parkisonisme) - Indre uro (Akatisi)	Forekommer oftest ved behandling med flg. præprater: Olanzapin, Clozapin, Quetiapin, Aripriprazol. Dosisafhængige
Metaboliske	- Dyslipidæmi - Vægtøgning - Prædiabetes/DMII	Nogle præparater giver hyppigere disse bivirkninger end andre. Olanzapin, Clozapin, Quetiapin.



“Medicinen gør mig sulten – og jeg bliver skammet for det.”

“Jeg tager antipsykotisk medicin, og jeg er sulten hele tiden. Jeg tager på, og så siger de, jeg skal tage mig sammen. Det føles uretfærdigt, for jeg kæmper med bivirkninger, jeg ikke selv har valgt.”

GODE RÅD :

Gør jeres beskeder så korte og informative som muligt.

Spørg patienten inden I berører denne fysisk.

Fortæl hvad I gør og hvorfor I gør det og også gerne i hvilken rækkefølge I gør det.

Brug de personer, der er omkring patienten og kender denne.

Kompleksitet er oftest svært for patienterne at rumme.



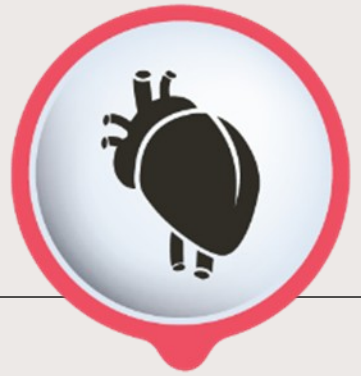
Diabetic nephropathy
(Kidney disease)



Diabetic neuropathy
(Nerve damage)



Diabetic retinopathy
(Eye problems)



Cardiovascular
disease



Stroke



Hypertension
(High blood pressure)



Skin and mouth
infections



Diabetic foot ulcers



Amputation of limbs



Vision loss or
blindness



RISIKO FOR SENKOMPLIKATIONER

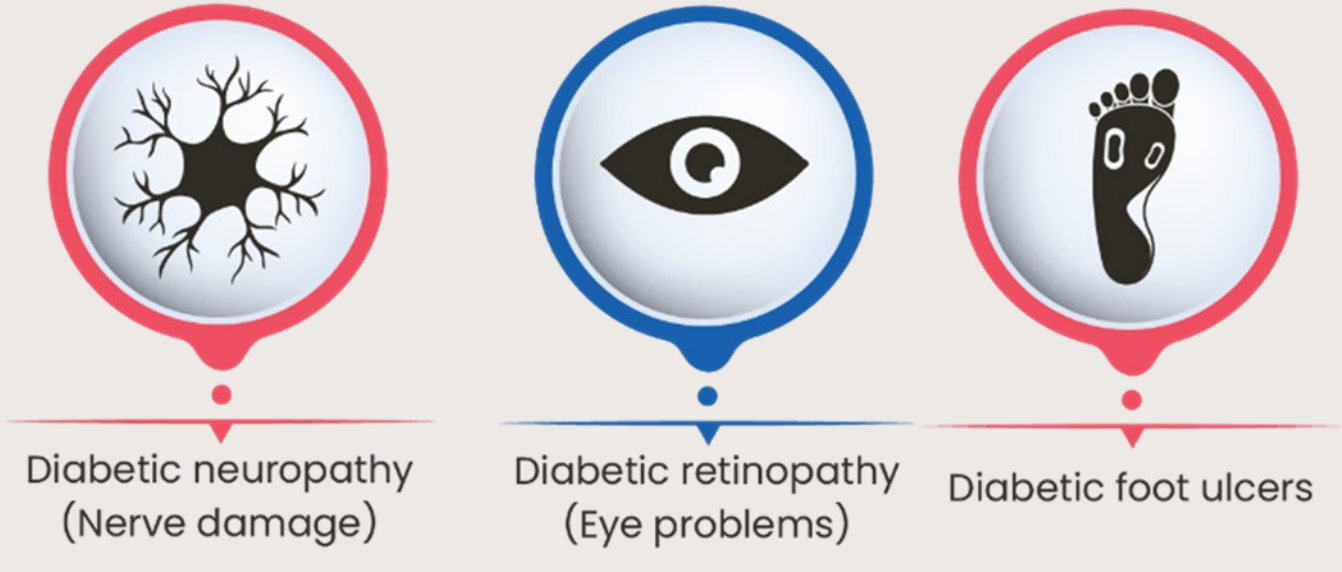
Årlig fodterapeut

Øjenscreening

Er der rejsningsbesvær?

Kardielle symptomer?

Åndenød – brystsmerter… Husk neuropati!



HVORDAN GÅR DET PATIENTERNE

Personer med svær psykisk sygdom og type 1-diabetes havde en 77 procent højere risiko for første hypoglykæmi-hændelse sammenlignet med personer uden svær psykisk sygdom. For type 2-diabetes var risikoen for første hypoglykæmi-hændelse 64 procent højere.

Risikoen for første diabetisk ketoacidose hændelse var 78 procent højere blandt personer med type 1-diabetes og alvorlig psykisk sygdom sammenlignet med personer uden alvorlig psykisk sygdom, og 85 procent højere blandt dem med type 2-diabetes.

Personer med svær psykisk sygdom havde øget risiko for gentagne hypoglykæmi indlæggelser.

Individer med skizofreni var i særlig høj risiko for gentagne hypoglykæmi indlæggelser.

Overordnet set var den forhøjede risiko for akutte diabeteskomplikationer størst i den yngre aldersgruppe under 50 år, men stabile over tid.



DIABETES OG TVANG

Grundbetingelser for at tvangsbehandling af en legemlig lidelse kan besluttes:

- *at patienten opfylder betingelserne for frihedsberøvelse*
- *at patienten efter motivation ikke samtykker til frivillig behandling af en legemlig lidelse*
- *at lidelsen er så alvorlig, at den udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare.*

Sørg for at alle led i diabetesbehandlingen er beskrevet:

- *Blødprøver, måling af BS, Måling af Ketoner*
- *Insulin injektion – hvor ofte, Cutt-offs, hvornår er det tvangsbehandling*





“Det handler ikke bare om mad – det handler om overskud.”

“Når jeg har det psykisk dårligt, er det svært at tænke på kostplaner og motion.
Det betyder ikke, at jeg ikke vil – bare at det kræver støtte på en anden måde.”

FEM GREB, DER KAN GØRE DIABETESBEHANDLINGEN LETTERE

1. Gør planen overskuelig. Få budskaber og konkrete, realistiske aftaler.
2. Undersøg barriererne. Spørg til bivirkninger, økonomi, transport, søvn, kognition og overskud uden at antage, hvad problemet er.
3. Tænk i små skridt. Aftal én eller to ændringer, som patienten selv vurderer mulige.
4. Vær fleksibel. Overvej påmindelser, hjælp til booking, støttepersoner efter patientens ønske og koordinering af aftaler.
5. Skab sammenhæng. Aftal, hvem der følger op, og hvem der kontaktes ved forværring.

KENDSKAB TIL BEHANDLINGSMULIGHEDER

Regelmæssig kontrol af vægt, taljemål, blodtryk, HbA1c og lipider

Vurdering af den samlede medicin og dens metaboliske bivirkninger

Livsstilsintervention tilpasset borgerens funktionsniveau

Diætistsøtte med enkle og realistiske mål

Gradvist opbygget fysisk aktivitet

Rygestopstøtte

Relevant farmakologisk behandling af diabetes og overvægt

Tæt samarbejde mellem psykiatri, almen praksis, hospital og kommune

