

Hoe gezonde levensjaren winnen?

M. DESTOOP



Op het moment dat ik dit schrijf, is het coronavirus in volle opmars. Mijn afdeling in het psychiatrisch ziekenhuis wordt omgevormd tot een COVID-19-afdeling en mijn klinische taken bestaan uit het triëren van patiënten met symptomen van bovensteluchtweginfectie en het afnemen van nasofaryngeale swabs. Volledig gehuld in beschermende kleding tracht ik op enige afstand toch nog contact te maken met de patiënt om zicht te krijgen op hun psychiatrische symptomen.

Over enige tijd klinkt dit hoogstwaarschijnlijk allemaal erg surreëel en onwaarschijnlijk, maar het doet ons wel stilstaan bij het belang van de somatische zorg voor de psychiatrische patiënt. Recent verscheen in *The Lancet Psychiatry* een blauwdruk over het verbeteren van de fysieke gezondheid van psychiatrische patiënten (Firth e.a. 2019).

Somatische comorbiditeit

Patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) hebben een verhoogd risico van 1,4-2 op somatische aandoeningen, voornamelijk cardiovasculaire aandoeningen, obesitas, diabetes, bepaalde maligniteiten, neurologische aandoeningen, infectieziekten en chronisch obstructief longlijden. Dat is duidelijk meer dan alleen roken of metabool syndroom zoals bij schizofrenie veel voorkomt. Het blijkt dat we onze focus als psychiater dringend dienen te verruimen. Er bestaat meer en meer evidentie dat *alle* patiënten met psychiatrische aandoeningen een significant verhoogd risico hebben op somatische comorbiditeit. Zo blijkt uit 25 reviews dat patiënten met een enkelvoudige depressie een verhoogd risico van 40% hebben op hypertensie, CVA, diabetes, metabool syndroom en obesitas. En laten we eerlijk zijn: als psychiater hebben we daar over het algemeen te weinig oog voor.

De levensverwachting van patiënten met EPA is significant verminderd: zij leven gemiddeld 20 jaar korter. En men verwacht dat het aantal verloren levensjaren ten gevolge van somatische comorbiditeit de komende jaren zelfs nog verder zal stijgen bij patiënten met EPA in vergelijking tot de rest van de bevolking (Erlangsen e.a. 2017).

Somatische comorbiditeit leidt ook tot een verminderde levenskwaliteit en een grotere persoonlijke, sociale en economische last. Zo zijn obesitas en metabool syndroom onafhankelijke voorspellers voor een terugval en heropname van patiënten met EPA (Manu e.a. 2014). Financieel zien we dat patiënten met de combinatie van fysieke en psychiatrische comorbiditeit hogere ziekenhuiskosten, meer heropnames en hogere gezondheidszorgkosten hebben dan patiënten zonder psychiatrische diagnoses (Jansen e.a. 2018).

In het belang van het algemeen welzijn en de levensverwachting van onze patiënten moeten we als psychiater dus niet enkel op de hoogte zijn van de somatische comorbiditeit, maar hebben we de plicht om actief aan de slag te gaan met de somatische zorg als fundamenteel onderdeel van het integrale behandelplan.

Leefstijlinterventies

Risicofactoren op het gebied van levensstijl zoals roken, ongezonde voeding (inclusief alcohol) en een inactieve levensstijl zijn patiëntgerelateerde factoren die veranderbaar zijn. Deze ongezonde levensstijl komt significant meer voor bij psychiatrische patiënten dan bij de algemene bevolking. Zo eten patiënten met majeure depressies, bipolaire stoornissen en schizofrenie gemiddeld 200-400 calorieën per dag meer en zijn ze 8-10 uur per dag sedentair. Socio-economische factoren versterken deze trend.

Conform de richtlijnen worden patiënten die starten met een antipsychoticum bijvoorbeeld gescreend op metabole parameters zodat hypertensie, hyperglykemie en overgewicht zo nodig behandeld kunnen worden als ze zich voordoen. Toch blijkt uit literatuur over de algemene bevolking dat het voorkómen van obesitas en metabool syndroom effectiever is dan het omkeren van de gevolgen. Proactieve leefstijlinterventies bij psychiatrische patiënten zouden hun maximale effect dus niet bereiken wanneer we ze enkel inzetten als er al belangrijke veranderingen gemeten worden in biologische en klinische markers tijdens de screening. Dus waarom wachten op overgewicht alvorens actie te ondernemen? Eigenlijk is het aan de psychiaters die antipsychotica (of andere iatrogene medicatie) voorschrijven om te vrijwaren dat patiënten toegang hebben tot evidence-based levensstijlinterventies bij de start van antipsychoticumgebruik, zelfs bij patiënten zonder metabole risicofactoren. Begrijpelijke leefstijlinterventies als standaardzorg kunnen we aanbieden via digitale technologieën. Ook moeten gespecialiseerde verwijzingen naar diëtisten, rookstopbegeleiders en bewegingstherapeuten zo laagdrempelig mogelijk gebeuren, afhankelijk van het individuele profiel van een patiënt en zijn individuele gezondheidsdoelen.

Afdoende aandacht dient er ook te zijn voor intraveneus druggebruik, risicovol seksueel gedrag en het risico op infectieziekten. Van adolescenten met een psychiatrische diagnose rapporteerde 15% ooit een seksueel overdraagbare aandoening te hebben gehad en 40% meldde hoogrisicogedrag tijdens hun laatste seksuele contacten (Cunningham e.a. 2017).

Zorgverleners

Een slechte fysieke gezondheid bij patiënten met EPA wordt in belangrijke mate verklaard door verminderde toegang en/of mindere kwaliteit van de gezondheidszorg. In de eerste lijn ondergaan patiënten met EPA minder vaak een lichamelijk onderzoek en worden ze minder vaak behandeld voor hyperlipidemie (Hippisley-Cox e.a. 2007). In de tweede lijn ondergaan zij minder vaak een hartkatheterisatie en een bypassoperatie, wat rechtstreeks leidt tot verhoogde mortaliteit (Laursen & Nordentoft 2011). Bovendien krijgen patiënten met EPA minder bètablokkers en statines voorgeschreven na een acuut myocardinfarct. De mortaliteit voor verschillende maligniteiten (borst-, darm-, prostaatkanker en melanoom) is beduidend hoger, wat toe te schrijven is aan verminderde screening en minder uitvoeren van heelkundige ingrepen en langere duur tot ingrepen (Kisely e.a. 2008).

Een mogelijke verklaring voor deze ongelijkheid is 'diagnostic overshadowing': het toeschrijven van somatische symptomen aan de psychiatrische stoornis en het niet herkennen van de somatische aandoening. Een tweede verklaring is dat patiënten met EPA meer moeite hebben om hun somatische klachten te verwoorden, ze te kunnen onderscheiden van hun psychiatrische symptomen en zich te engageren voor zorg, behandeling en controle van hun symptomen.

AUTEUR

MARIANNE DESTOOP, psychiater, Multiversum, Boechout en universiteit Antwerpen.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Marianne Destoop, Multiversum, Provinciesteenweg 408, Boechout, België.
E-mail: marianne.destoop@fracarita.org

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH

How to win healthy years of life?

Maar ook clinici zijn terughoudender om bepaalde somatische behandelingen uit te voeren wegens psychische stress, het moeilijk verkrijgen van informed consent, beperkte therapietrouw of contra-indicaties. Daarnaast is de zorg vaak gefragmenteerd en hebben sommige zorgverleners een gestigmatiseerde kijk op patiënten met EPA (www.ranzcp.org?).

Als psychiater mogen we dit alles niet langer accepteren. Zorgverleners in het algemeen dienen opgeleid te worden zodat ze alerter kunnen zijn voor somatische klachten en patiënten kunnen ondersteunen in het verwoorden en behandelen van fysieke klachten. Deze opleiding voor algemene zorgverleners dient te leiden tot meer geïntegreerde zorg voor somatische en psychiatrische aandoeningen. En ggz-professionals dienen grondige opfrissingscursussen te krijgen over detectie, management en preventie van somatische aandoeningen.

Conclusie

Ten eerste moeten we als psychiater in nauwe samenwerking met de huisarts zo vroeg mogelijk actief inzetten op het voorkómen van somatische comorbiditeit door leefstijlinterventies en laagdrempelige doorverwijzing naar gespecialiseerde paramedici. Deze aanpak dienen we toe te passen voor alle psychiatrische patiënten aangezien somatische comorbiditeit een transdiagnostisch gegeven blijkt.

Ten tweede moeten we de ggz-medewerkers dringend (bij)scholen in somatische screening, detectie en behandeling om de mortaliteit en morbiditeit terug te dringen. Samen met de algemene zorgverleners dienen we geïntegreerde zorg te voorzien voor onze psychiatrische patiënten.

LITERATUUR

- Cunningham K, Martinez DA, Scott-Sheldon LAJ, Carey KB, Carey MP, and the MASH Research Team. Alcohol use and sexual risk behaviors among adolescents with psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Child Adolesc Subt Abuse* 2017; 26: 353-66.
- Erlangsen A, Andersen PK, Toender A, Laursen TM, Nordentoft M, Canudas-Roma V. Cause-specific life years lost in people with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet Psychiatry* 2017; 4: 937-45.
- Firth J, Siddiqi N, Koyanagi A, Siskind D, Rosenbaum S, Galletly S, e.a. The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *Lancet Psychiatry* 2019; 6: 675-712.
- Hippisley-Cox J, Parker C, Coupland CA, Vinogradova Y. Inequalities in the primary care of coronary heart disease patients with serious mental health problems: a cross-sectional study. *Heart* 2007; 93: 1256-62.
- Jansen L, van Schijndel M, van Waarde J, van Busschbach J. Health-economic outcomes in hospital patients with medical-psychiatric comorbidity: a systematic review and meta-analysis. *Plos One* 2018; 13: e0194029.
- Kisely S, Sadek J, MacKenzie A, Lawrence D, Campbell LA. Excess cancer mortality in psychiatric patients. *Can J Psychiatry* 2008; 53: 753-61.
- Laursen TM, Nordentoft M. Heart disease treatment and mortality in schizophrenia and bipolar disorder: changes in the Danish population between 1994 and 2006. *J Psychiatr Res* 2011; 45: 29-35.
- Manu P, Khan S, Radhakrishnan R, Russ MJ, Correll CU. Body mass index identified as an independent predictor of psychiatric readmission. *J Clin Psychiatry* 2014; 75: 573-7.