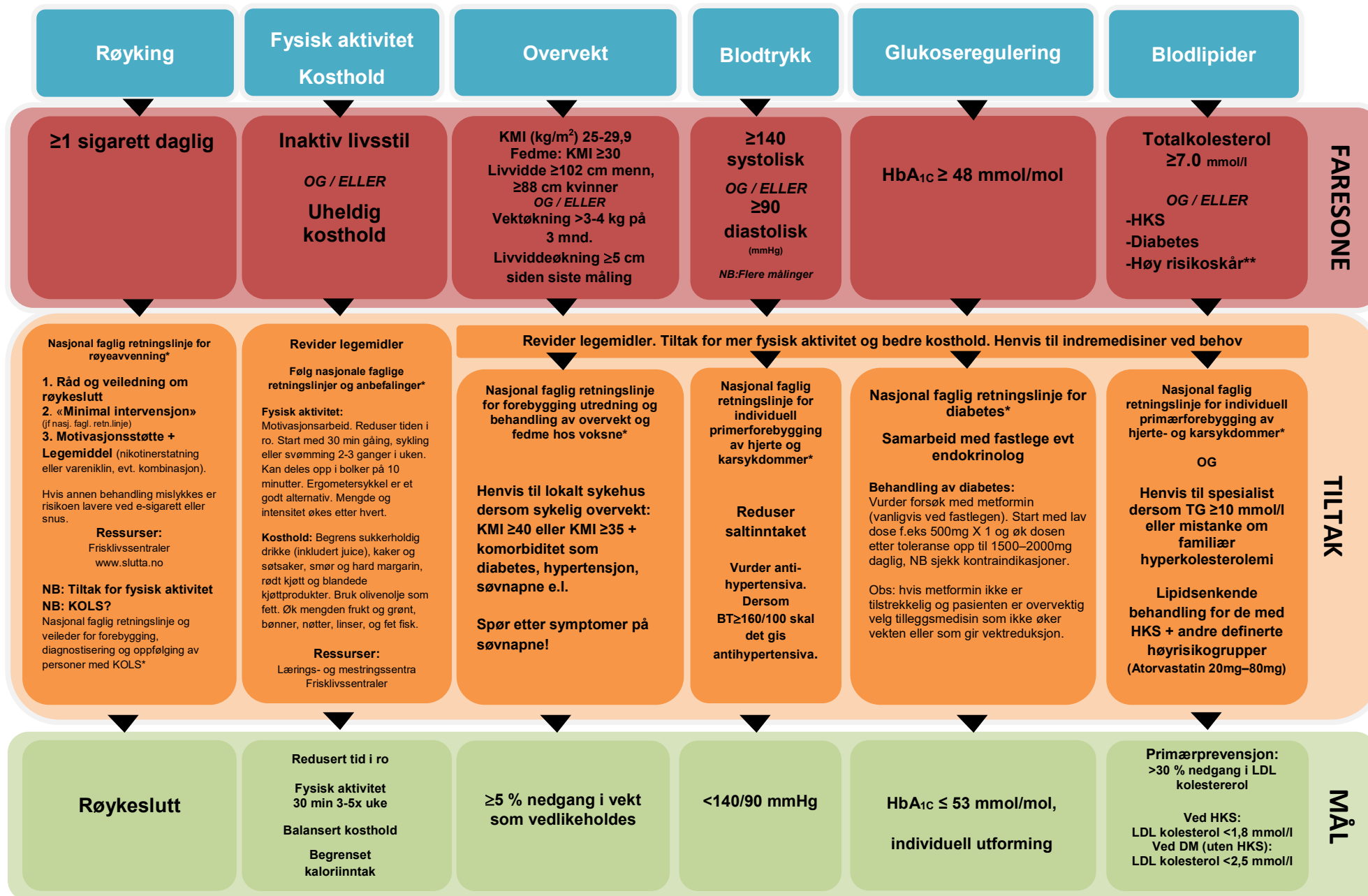


HJERTEFRISK

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

* Søk opp nasjonale faglige retningslinjer og anbefalinger på <https://helsedirektoratet.no>. **Som angitt i nasjonal faglig retningslinje for individuell primærforebygging 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 hjertekarsykdom hos førstegradsslektninger <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: 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 (<http://www.predimed.es>). HelseDirektoratet: <https://www.helseDirektoratet.no/tema/kosthold-og-ernaering/kostradene>.

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

VURDER ALLTID HVER PASIENT INDIVIDUETT.

Revisjon 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.