



Sammen om dit helbred

Opsporing og behandling af udvalgte somatiske kroniske sygdomme hos personer med svær psykisk sygdom

Et forskningsprojekt under indsats 31 om lighed i sundhed i Sundhedsaftale 2015-2018 for Region Hovedstaden og regionens kommuner

Titel: Sammen om dit helbred – Opsporing og behandling af udvalgte somatiske kroniske sygdomme hos personer med svær psykisk sygdom

Copyright: © 2020 Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
Alle rettigheder forbeholdes
ISBN 978-87-93775-12-1

Forfattere: Udarbejdet for Region Hovedstaden af:
Anne Marie Lyngsø
Julie Grew
Michaela Schiøtz

Udgiver: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
Sektion for Tværsektoriel Forskning
Frederiksberg Hospital
Hovedvejen 5
Nordre fasanvej 57
2000 Frederiksberg

Publikationen citeres således:

Lyngsø AM, Grew J, Schiøtz M. Sammen om dit helbred – opsporing og behandling af udvalgte somatiske kroniske sygdomme hos personer med svær psykisk sygdom. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden 2020.

Forord

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser har større sygelighed og dødelighed end den øvrige befolkning, og hovedparten af de tabte leveår er en konsekvens af overdødelighed som følge af somatisk sygdom. I projektet ” Sammen om dit helbred – Opsporing og behandling af udvalgte somatiske kroniske sygdomme hos personer med svær psykisk sygdom” har Sektion for Tværsektoriel Forskning på Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Region Hovedstaden i tæt samarbejde med praktiserende læger, kommunale støttekontaktpersoner fra Københavns Kommune, læger i Region Hovedstadens Psykiatri og kliniske farmakologer fra Bispebjerg og Frederiksberg Hospital udviklet og afprøvet en indsats på tværs af sektorer målrettet personer med svær psykisk sygdom. Formålet med indsatsen var at optimere opsporing af hjertekarsygdomme (iskæmi og hjerteinsufficiens), diabetes, forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol samt at initiere medicinsk behandling og sikre fastholdelse af behandling for personer med skizofreni, skizoaffektiv lidelse og/eller bipolar lidelse.

Projektet blev igangsat som en del af Sundhedsaftale 2015-2018 som ét af to forskningsprojekter, der skulle bidrage til at fremme lighed i sundhed. I aftalen var der politisk fokus på, at borgere med psykisk sygdom fik flere gode leveår og i den forbindelse fokus på at understøtte forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme hos borgere med psykisk sygdom. Siden da er opmærksomheden på, at der er behov for en øget indsats for patienter med samtidig psykisk og somatisk sygdom, kun blevet større.

I Sundhedsaftale 2019-2023 er borgere med psykisk sygdom ét af tre fokusområder. Mere specifikt er der i aftalen et mål om, at alle borgere med psykisk sygdom oplever, at der tages hånd om deres samlede behov – også i forbindelse med anden sygdom. I den forbindelse vil der blandt andet være mulighed for at bygge videre på erfaringerne fra nærværende forskningsprojekt.

Rapporten henvender sig til både praktikere, administratorer, forskere og ledere indenfor sundhedssektoren, der arbejder med at optimere opsporing og behandling af somatisk sygdom hos personer med svær psykisk sygdom.

En stor tak skal lyde først og fremmest til alle de patienter, der har indgået i projektet, og til de praktiserende læger og deres praksispersonale, som har medvirket og ydet en kæmpe indsats i projektet. Derudover rettes en stor tak til Psykiatrienheden i Københavns Kommune, Psykiatrisk Center København, Afdeling for Klinisk Farmakologi ved

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital samt Forskningsenheden for Almen Praksis ved Københavns Universitet, som alle har ydet et vigtigt bidrag til projektet.

Projektet er finansieret via Region Hovedstadens Sundhedsaftale 2015-2018 og af Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget for almen praksis.



Sektionschef, Michaela Schiøtz



Specialepraksiskonsulent, Lone Borelli-Kjær

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Sammenfatning	6
Baggrund	10
Indsnævring af fokusområde og udvikling af indsats	11
Formål	12
Indsatsen i Sammen om dit helbred	13
Design, materiale og metode	16
Evaluerings.....	19
Resultater	22
Diskussion.....	34
Konklusion og perspektivering.....	38
Litteraturliste.....	40
Bilag	42

Sammenfatning

Projektet er gennemført i regi af Region Hovedstadens Sundhedsaftale 2015-2018 under indsatsområdet lighed i sundhed og har været forankret i Sektion for Tværsektoriel Forskning, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Region Hovedstaden. Projektet er gennemført i perioden december 2016 - november 2020.

Formålet med projektet var at udvikle og afprøve en systematisk tværsektoriel og tværfaglig indsats, som kan optimere opsporing af hjertekarsygdomme (iskæmi og hjerteinsufficiens), diabetes, forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol, initiere medicinsk behandling og sikre fastholdelse af behandling for personer med skizofreni, skizoaffektiv lidelse og/eller bipolar lidelse.

Projektet er gennemført i samarbejde med 16 praktiserende læger med ydernummer i lokalområderne København K, København Ø, København N, København NV og Brønshøj; Psykiatrienheden i Københavns Kommune; Psykiatrisk Center København; Afdeling for Klinisk Farmakologi ved Bispebjerg og Frederiksberg Hospital samt Forskningsenheden for Almen Praksis ved Københavns Universitet.

Indsatsen i projektet er udviklet i samarbejde med repræsentanter fra de involverede sektorer og er efterfølgende afprøvet i et feasibilitystudie. Patienter med skizofreni, skizoaffektiv lidelse og/eller bipolar lidelse er indledningsvis blevet identificeret via de deltagende praktiserende lægers elektroniske patientjournalssystemer. Patienter, der har opfyldt projektets inklusionskriterier, er herefter blevet kontaktet med henblik på deltagelse og er blevet tilbudt screening for de udvalgte somatiske sygdomme. Patienter, der er opsporet med somatisk sygdom, er efterfølgende blevet tilbudt et individuelt tilpasset behandlingsforløb i almen praksis. Forløbet er understøttet af behandlere i psykiatrien, kommunale støttekontaktpersoner samt kliniske farmakologer. Interventionen er evalueret ved hjælp af en effektevaluering og en procesevaluering med brug af kvalitative og kvantitative data.

Resultater

I de medvirkende praktiserende lægers journalssystemer blev der udtrukket i alt 271 patienter i målgruppen, hvoraf 157 patienter havde skizofreni, 16 havde skizoaffektiv lidelse, 95 havde bipolar lidelse og tre havde både skizofreni og bipolar lidelse. Gennemsnitsalderen var 44,6 år, og der var lige mange kvinder og mænd. 149 patienter blev ekskluderet, hyppigst på grund af alder, og fordi patienten var bosat på et

socialpsykiatrisk bosted. I alt 122 patienter blev kontaktet med henblik på tilbud om screening og deltagelse i projektet, heraf 71 patienter med skizofreni, syv med skizoaffektiv lidelse, 43 med bipolar lidelse og én patient med både skizofreni og bipolar lidelse. 70 patienter ønskede at deltage, mens 29 aktivt fravalgte at deltage, og 23 ikke var mulige at komme i kontakt med. Alle de 70 patienter, der fik tildelt en tid ved den indledende samtale, blev screenet for somatisk sygdom. Heraf blev syv patienter ny-diagnosticeret med en eller flere somatiske lidelser, mens 23 patienter i forvejen var kendt med en eller flere af de somatiske diagnoser, som projektet havde fokus på. Af disse 23 patienter modtog 20 patienter behandling herfor. De syv patienter, der blev ny-diagnosticeret med somatisk sygdom i forbindelse med projektet, blev sat i behandling og håndteret som sædvanligt i forhold til de pågældende diagnoser. Af de 30 patienter, der blev diagnosticeret med somatisk sygdom, eller som i forvejen var kendt med én af projektets fokusdiagnoser, fik 26 patienter udført en årskontrol.

Det er således lykkedes at sikre opbakning til projektet blandt patienterne og at fastholde patienterne i deres behandlingsforløb, hvilket kan tilskrives læger og praksispersonales store indsats, som blandt andet omfatter målrettet kommunikation i den indledende samtale; konsultationstider uden ventetid; telefoniske påmindelser om aftaler; og kortvarige recepter, som gjorde det nødvendigt for patienterne at møde op i praksis for at få fornyet medicin. Enkelte praksis har benyttet sig af hjemmebesøg i forbindelse med projektet. Desuden understreger lægerne vigtigheden af, at den eller de samme person(er) kommunikerer med og tilser patienten ved hvert fremmøde i klinikken, fordi kontinuitet er afgørende for denne patientgruppe.

Lægerne har ikke gjort brug af det tværsektorielle og tværfaglige set-up, hverken i forhold til inddragelse af støttekontaktpersoner eller til at søge vejledning hos Psykiatrisk Center København og Klinisk Farmakologisk Afdeling. Dette forklares med, at de deltagende patienter generelt er velbehandlede og velfungerende og derfor ikke har behov for hjælp til fremmøde i praksis; at hovedparten af de deltagende patienter i forvejen er kendt i praksis; og at et begrænset antal patienter blevet ny-diagnosticeret med somatisk sygdom, hvorfor behovet for at søge vejledning ikke har været aktuelt.

Projektet har i flere praksis forbedret overblikket over og kendskabet til gruppen af patienter med svær psykisk sygdom og har styrket relationerne til flere af patienterne. Flere praksis ønsker fremadrettet at have en mere systematisk tilgang til patientgruppen.

Diskussion

Udtræk af patienter i målgruppen på diagnosekoder i de elektroniske patientjournalssystemer forudsættes af, at praksis har foretaget systematisk diagnosekodning på baggrund af epikriser fra psykiatrien. De praksis, som ikke systematisk har diagnosekodet, har søgt på patienter med recept på antipsykotisk medicin. Uanset metoden vil der dog være et ukendt antal patienter, som ikke fanges, herunder bl.a. patienter, der kun tilses i psykiatrien, og hvor almen praksis ikke har modtaget en epikrise. For at opnå et fuldstændigt billede af antallet af patienter med de udvalgte diagnoser i almen praksis bør supplerende metoder derfor overvejes.

Projektets screeningsindsats når en selekteret gruppe af patienter med skizofreni, skizoaffektiv lidelse og/eller bipolar lidelse, idet de patienter, der ønsker at deltage, har tillid til og jævnligt besøger egen læge, og opfattes som værende de mest velfungerende i målgruppen. De dårligst fungerende patienter formodes at have sagt nej til at deltage eller at være blevet ekskluderet. På denne baggrund må det forventes, at forekomsten af somatisk komorbiditet blandt patienter med skizofreni, skizoaffektiv lidelse og/eller bipolar lidelse i almen praksis reelt er højere end de 43 %, som projektet finder. Det formodes, at der skal flere forskellige målrettede indsatser til for at nå den gruppe af patienter, som projektet ikke lykkes med at rekruttere, hvoraf cirka halvdelen er mulige for almen praksis at komme i kontakt med. En mulighed er at tilbyde systematisk udredning for somatisk sygdom i psykiatrien, hvor en stor gruppe af patienterne alligevel jævnligt møder op, hvilket dog åbner for en diskussion om, hvor behandlingsansvaret for de somatiske lidelser i så fald ligger.

Blandt de medvirkende praksis findes en stor vilje til og faglig interesse i at prioritere og løfte indsatsen overfor gruppen af patienter med svær psykisk sygdom. Samtidig har de medvirkende praksis også en særlig interesse for området og afspejler derfor ikke nødvendigvis hele gruppen af praktiserende læger.

Patienterne har ifølge lægerne generelt været glade for tilbuddet, hvilket afspejler sig i opbakningen til projektet blandt de patienter, der er blevet screenet og sat i behandling. For at kunne målrette indsatsen til en bredere gruppe af patienter i almen praksis vil det være værdifuldt at gennemføre kvalitative interviews med patienter, der aktivt har fravalgt deltagelse.

Den manglende implementering og afprøvning af det i projektet etablerede tværsektorielle og tværfaglige samarbejde skyldes ikke manglende velvilje eller engagement fra de respektive parter, men at det formentlig primært er de mest velfungerende og velregulerede patienter, der har valgt at deltage. Det er de praktiserende lægers holdning, at samarbejdet på tværs af almen praksis, kliniske farmakologer, psykiatri og kommune er afgørende for at nå den samlede gruppe af patienter med skizofreni, skizoaffektiv lidelse og/eller bipolar lidelse, men der vurderes at være behov for at afprøve andre samarbejdsmodeller målrettet den gruppe af patienter, som projektet ikke når.

Konklusion og perspektivering

Resultaterne viser, at det kan lade sig gøre at få en gruppe af patienter med skizofreni, skizoaffektiv lidelse og/eller bipolar lidelse til at møde op i almen praksis til screening for somatiske sygdomme og til at følge en eventuelt iværksat behandling. Der er således potentiale i at fokusere på somatisk sygdom blandt patienter med svær psykisk sygdom i almen praksis.

De deltagende patienter adskiller sig fra de, det ikke lykkedes at rekruttere, ved at være relativt velfungerende og velbehandlede, og ved at have en tillidsfuld relation til og jævnlige aftaler hos egen læge. De patienter, der fravalgte at deltage eller ikke var mulige at få kontakt til, har en ringere tilknytning til almen praksis og formodes at være mindre velbehandlede og dårligere fungerende.

Det tyder således på, at den afprøvede intervention virker for en særlig gruppe af patienter, mens en stor gruppe ikke indfanges med den valgte tilgang. Studiet gør det klart, at andre strategier må tages i brug for at nå denne gruppe, som må forventes i stor udstrækning at bestå af de patienter, som særligt har brug for en målrettet indsats mod somatisk sygdom.

En stor del af patienterne i målgruppen måtte ekskluderes på grund af for lav alder, eller fordi de var bosatte på et socialpsykiatrisk bosted. Fremtidige indsatser målrettet somatisk sygdom og sundhed blandt personer med svær psykisk sygdom kan med fordel målrettes yngre personer med fokus på forebyggelse af livsstilssygdomme og opbygning af trygge relationer til almen praksis, ligesom der er behov for indsatser målrettet de ofte dårligt fungerende personer med svær psykisk sygdom bosiddende på bosteder.

Baggrund

I Danmark lever omkring 2 % af befolkningen med svær psykisk sygdom (1). For Region Hovedstaden ligger andelen på 2,9 % svarende til ca. 40.000 personer (2). Personer med alvorlige psykiske lidelser har større sygelighed og dødelighed end den øvrige befolkning (1,3). En nordisk undersøgelse fra 2011, der baserer sig på over en million psykiatriske patienter, dokumenterer, at psykiatriske patienter lever 15-20 år kortere end den generelle befolkning (4). Overdødeligheden kan i en vis udstrækning forklares ved selvmord, vold og ulykker, men hovedparten af de tabte leveår er en konsekvens af overdødelighed som følge af somatisk sygdom (5). Den høje forekomst af somatiske sygdomme blandt personer med svær psykisk sygdom kan blandt andet tilskrives fysisk inaktivitet, usund kost og bivirkninger ved indtagelse af psykofarmaka (6). I forhold til sidstnævnte medfører den medicinske behandling typisk vægtøgning, forhøjet blodtryk og forhøjet koncentration af blodsukker, hvilket øger risikoen for bl.a. udvikling af hjertekarsygdomme og type 2 diabetes. Udover usund livsstil og medicinbivirkninger peger studier på, at personer, der lever med svær psykisk sygdom, ikke modtager samme behandling for deres somatiske sygdomme som resten af befolkningen (7).

Underdiagnosticering og underbehandling af hjertekarsygdomme blandt personer med svær psykisk sygdom er således veldokumenteret (1), ligesom personer med svær psykisk sygdom i lavere grad end baggrundsbefolkningen modtager standardbehandling for diabetes (7). Uligheden i diagnostik og behandling tilskrives bl.a. stigmatisering fra behandlere og patienternes egen manglende opmærksomhed på symptomer og utilbøjelighed til at søge lægehjælp. Dertil kommer den stigende specialisering inden for såvel somatikken som psykiatrien samt manglende integration imellem de to behandlingssystemer (8,9). Patienter med svær psykisk sygdom, der samtidig optræder med én eller flere somatiske lidelser, har behov for koordinering af deres behandling, der som oftest går på tværs af almen praksis og kommune samt det psykiatriske og somatiske hospital. Samtidig øger patienternes begrænsede ressourcer og svære sociale udfordringer kompleksiteten i forløbene (10).

Sundhedsaftalen 2015-2018 mellem Region Hovedstaden og de 29 kommuner i regionen fokuserede under temaet 'Lighed i sundhed' på forebyggelse og tidlig opsporing af livsstilssygdomme samt lige adgang til sundhedstilbud for borgere med psykisk sygdom.

Nærværende forskningsprojekt blev etableret som en udmøntning af Sundhedsaftalens indsats 31 om lighed i sundhed og havde som overordnet formål at udvikle en indsats, som skulle forbedre tværsektorielle patientforløb for patienter med samtidig psykisk og somatisk sygdom.

Indsnævring af fokusområde og udvikling af indsats

Gennem en bred litteraturafdækning og brainstormmøder med nøglepersoner på området indsamlede forskergruppen viden om, indenfor hvilke målgrupper og områder, der var behov for og mangel på forskningsbaseret viden. Baseret på dette arbejde blev det besluttet at fokusere på opsporing og behandling af somatisk sygdom blandt personer med svær psykisk sygdom. For at afdække dette område blev der lavet en fokuseret litteraturgennemgang og gennemført en række observationer og interviews i psykiatrien og i kommunen samt med repræsentanter for almen praksis med henblik på at få et større indblik i målgruppen og den eksisterende praksis på området.

Litteraturgennemgangen viste, at forskellige modeller, der har forsøgt at skabe sammenhæng, er blevet afprøvet, men ikke er lykkedes med at forbedre sammenhæng i forløbene. Resultaterne peger på problemer i forhold til involvering af almen praksis og patienter (11,12). Ifølge disse studier er der en række elementer, som er vigtige for at skabe effektive og koordinerede forløb, hvilke inkluderer: 1) Grundig forberedelse, 2) kvalitative procesevalueringer som en integreret del af forløbene samt 3) involvering af alle interessenter fra begyndelsen. Resultater fra en opfølgende analyse af det randomiserede studie ”Diabetes Care in General Practice (DCGP)” viser desuden, at struktureret og individualiseret diabetesbehandling i almen praksis reducerer dødeligheden blandt patienter med psykisk sygdom markant (13). Fremtidige indsatser målrettet opsporing og behandling af somatiske sygdomme hos personer med svær psykisk sygdom bør søge at inddrage alle aktører både i design- og i implementeringsfasen og indeholde kvalitative procesevalueringer.

Det blev derfor slået fast, at indsatsen måtte bygge på et tværsektorielt og tværfagligt samarbejde. Psykiatrisk Center København, Psykiatrienheden i Københavns Kommune, Klinisk Farmakologisk Afdeling på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og repræsentanter for almen praksis blev inviteret til at deltage i henholdsvis projektets styre- og projektgruppe og deltog i den videre udvikling af projektet i samarbejde med

forskergruppen i Sektion for Tværsektoriel Forskning. Projektets organisering er nærmere beskrevet i bilag 1.

Med udgangspunkt i de videre drøftelser med projektets samarbejdspartnere blev det besluttet, at indsatsen skulle forankres i almen praksis. Nedenfor ses den formålsbeskrivelse, som udviklingsarbejdet mandede ud i.

Formål

Formålet med projektet var at udvikle og afprøve en systematisk tværsektoriel og tværfaglig indsats, som kan optimere opsporing af hjertekarsygdomme (iskæmi og hjerteinsufficiens), diabetes, forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol, initiere medicinsk behandling og sikre fastholdelse af behandling for personer med skizofreni, skizoaffektiv lidelse og/eller bipolar lidelse.

Den udviklede indsats bestod af fire hovedkomponenter, som samlet set retter sig mod at fremme en systematisk opsporing og behandling af de udvalgte somatiske sygdomme hos personer med skizofreni, skizoaffektiv lidelse og/eller bipolar lidelse. De fire hovedkomponenter var uddannelse af almen praksis og kommunale støttekontaktpersoner, systematisk patientudtræk, screening for udvalgte somatiske kroniske sygdomme og behandling af somatisk sygdom og fastholdelse. Den samlede indsats beskrives i det følgende afsnit, og de involverede parters roller i projektet beskrives i afsnittet *Design, materiale og metode*.

Indsatsen i Sammen om dit helbred

Uddannelse af almen praksis og kommunale støttekontaktpersoner

Forud for afprøvningen af projektets indsats blev der gennemført et kick-off seminar for de medvirkende praktiserende læger samt for ansatte ved støttekontaktperson-ordningen ved Psykiatrienheden i Københavns Kommune. Seminaret indhold bestod for alle deltagere i et oplæg om forekomsten af somatisk sygdom blandt personer med svær psykisk sygdom samt en introduktion til de respektive parter rolle i projektet og det tværsektorielle samarbejde. Efterfølgende var der for de praktiserende læger et særskilt oplæg om medicinering med fokus på fejlmedicinering og lægemiddelinteraktioner. Tilsvarende var der for personaler fra støttekontaktpersonordningen et særskilt oplæg med fokus på somatisk sygdom, symptomer, medicinering og kontrolbesøg i almen praksis.

Systematisk patientudtræk

Identifikationen af patienter i projektets målgruppe skete lokalt hos de praktiserende læger, der medvirkede i projektet. Lægerne blev bedt om at udtrække patienter fra deres elektroniske patientjournalssystem i henhold til projektets inklusions- og eksklusionskriterier. Inklusions- og eksklusionskriterierne står beskrevet i afsnittet *Rekruttering af patienter*. Lægerne noterede herefter de patienter, som de havde udtrukket, på et fysisk registreringsskema.

Screening for udvalgte somatiske kroniske sygdomme

Patienter i projektets målgruppe blev kontaktet telefonisk af deres praktiserende læge eller af andet personale i klinikken med information om projektet og et tilbud om at deltage. Patienter, der tilkendegav, at de gerne ville indgå i projektet, blev med det samme tildelt en konsultationstid til screening i klinikken og fik tilsendt en informationsfolder om projektet med posten (bilag 2). Ved den indledende telefonsamtale blev det desuden afklaret, om den pågældende patient havde en kommunal støttekontaktperson og i så fald om vedkommende ønskede, at denne deltog ved den indledende screeningskonsultation. I tilfælde, hvor dette var aktuelt, sendte lægen/praksispersonalet en mail til kommunen med besked herom.

Følgende undersøgelser/prøver blev foretaget ved selve screeningen:

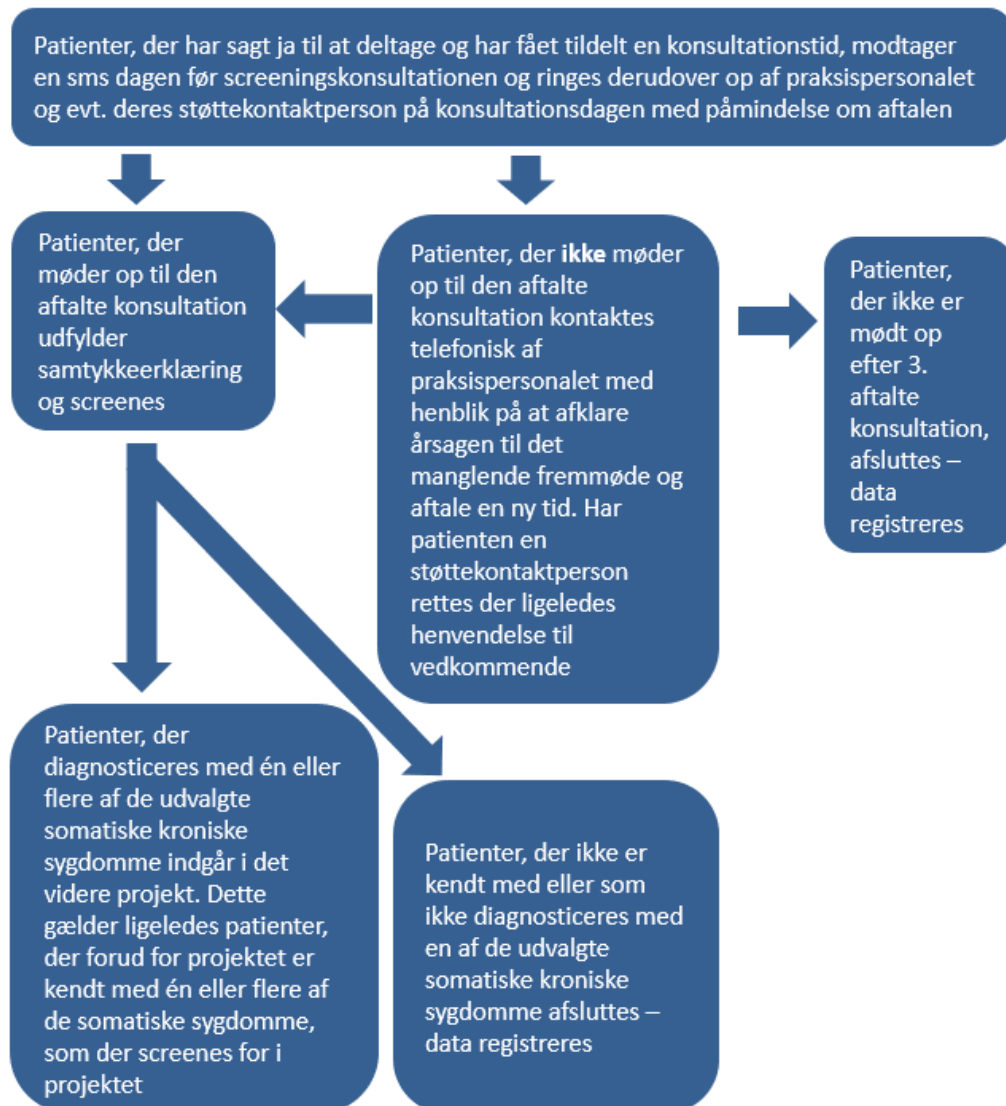
- Blodprøver: alat, basisk fosfatase, gamma-gt, crea, na, k, hgb, hæm 1, leukocytter, trombocytter, TSH, kreatinkinase, Hba1c, triglycerid, HDL, LDL, total-chol., CRP

- Blodtryk, puls, vægt, EKG
- Den praktiserende læge/praksissygeplejerske blev desuden opfordret til at foretage sig, hvad han/hun vanligvis ville gøre i en lignende konsultation (fx italesætte KRAM-faktorer, stofmisbrug, psykisk tilstand, sociale forhold, etc.)

Der var afsat op til 30 minutter til screeningskonsultationen og op til 60 minutter til den opfølgende lægekonsultation. Honoreringsaftalen med angivelse af tid for de enkelte konsultationer fremgår af bilag 3.

Den samlede procedure for screeningsindsatsen fremgår af figur 1.

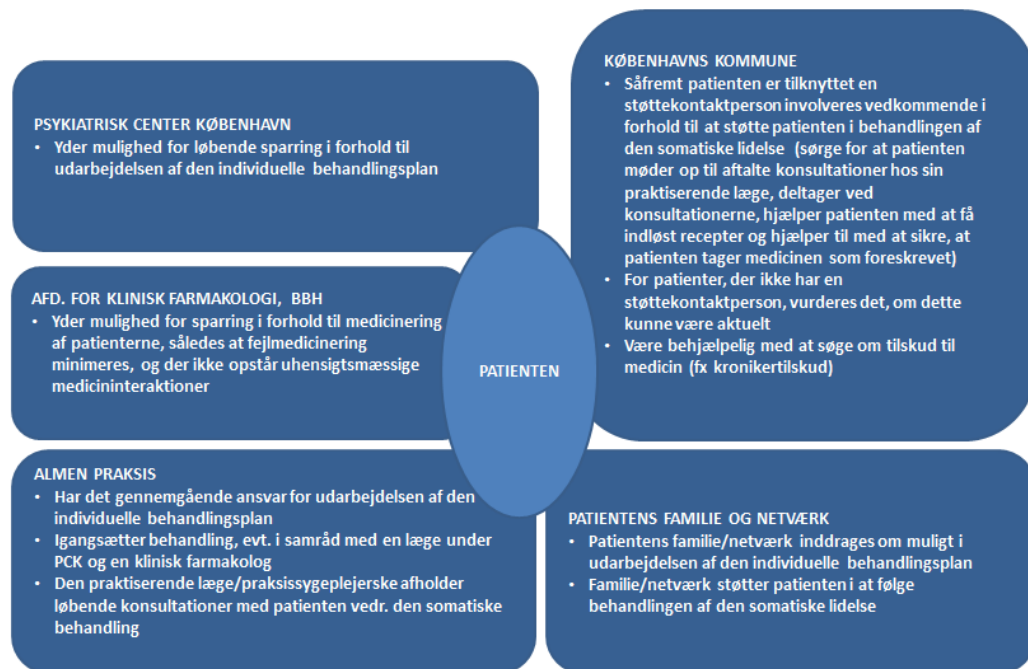
Figur 1. Procedure for screeningsindsatsen



Behandling af somatisk sygdom og fastholdelse

Behandlingsindsatsen var rettet mod de patienter, der ved screeningen blev diagnosticeret med hjertekarsygdom (iskæmi og hjerteinsufficiens), diabetes, forhøjet blodtryk og/eller forhøjet kolesterol. Indsatsen gjaldt ligeledes patienter, der allerede forud for screeningen var kendt med én eller flere af ovenstående somatiske lidelser. Indsatsen bestod i et individuelt tilpasset behandlingsforløb i almen praksis. Den praktiserende læge tilrettelagde i samspil med patienten og med mulig supervision og støtte fra Psykiatrisk Center København (PCK), kliniske farmakologer og relevant personale i kommunen i form af støttekontaktpersoner et forløb med realistiske og individuelle mål. Behandlingen skulle følge gældende kliniske retningslinjer og forløbsprogrammer, men samtidig være tilpasset den enkelte patient og primært have fokus på initiering af medicinsk behandling og fastholdelse af behandlingen. Behandlingsindsatsen løb hen over ét år og blev afsluttet med en årskontrol. Figur 2 viser, hvad de enkelte parter skulle/kunne bidrage til i udførelsen af behandlingsindsatsen.

Figur 2. Elementer i behandlingsindsatsen



Design, materiale og metode

Studiedesign og setting

Projektet er designet som et feasibilitystudie og er udviklet og gennemført i samarbejde med Psykiatrisk Center København; Psykiatrienheden i Københavns Kommune; udvalgte praktiserende læger med ydernummer i lokalområderne København K, København Ø, København N, København NV og Brønshøj; Afdeling for Klinisk Farmakologi på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital samt Forskningsenheden for Almen Praksis ved Københavns Universitet.

Rekruttering af praktiserende læger

Rekrutteringen af praktiserende læger til projektet forløb i flere trin. Praktiserende læger med ydernummer i postnumrene 1000-1499 København K, 2100 København Ø, 2200 København N, 2400 København NV og 2700 Brønshøj modtog indledningsvist en skriftlig orientering om og invitation til at deltage i projektet. Invitationen blev sendt på mail eller med Q-post. Indenfor syv dage efter modtagelsen af den skriftlige invitation blev lægerne ringet op med henblik på at afklare deres ønske om deltagelse. De læger, der ønskede at deltage, fik efterfølgende besøg af projektlederen eller en anden medarbejder fra projektet og modtog nærmere information.

I alt blev 125 praktiserende læger kontaktet med henblik på deltagelse. Ud af disse ønskede 24 læger at medvirke i projektet. Af forskellige årsager faldt i alt otte læger fra allerede inden eller lige efter projektet blev indledt. De 16 læger, der endte med at deltage i projektet, er fordelt på 10 lægeklinikker, heraf seks solopraksis, tre praksis med hver to læger og én praksis med fire læger.

Årsager til frafald i forbindelse med projektstart:

- Flytning af klinikken til anden bydel (1)
- Pension (1)
- Sygdom hos personalet og dermed øget travlhed i klinikken (3)
- Vanskeligheder med at udtrække patienter til projektet (3)

Det var en forudsætning for projektets gennemførelse, at der var opbakning til projektet i almen praksis. Projektet blev derfor tidligt i projektperioden indsendt til vurdering ved Multipraksisudvalget, og der blev indgået en honoreringsaftale mellem PLO-Hovedstaden og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

Multipraksisudvalget

Projektet blev anmeldt til Multipraksisudvalget under sagsnr. MPU 29-2017. Udvalget anbefalede praktiserende læger at deltage.

Honoreringsaftale

Der blev indgået en honoreringsaftale mellem PLO-Hovedstaden og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital i forbindelse med projektet. De praktiserende læger, der har medvirket, blev honoreret for deres ydelser i projektet via de midler, som projektet har fået tildelt fra Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget for almen praksis. Selve honoreringsaftalen fremgår af bilag 3.

Projektmapper

Forud for afprøvningen af projektets intervention modtog alle praktiserende læger besøg af projektlederen i deres praksis. Ved besøget fik de udleveret en projektmappe, der indeholdt alt nødvendigt materiale vedrørende projektet. Projektmappen indeholdt blandt andet samtykkeerklæringer, projektinformationsfoldere til patienter, dataregistreringsskemaer (bilag 4), procedurebeskrivelser for den praktiserende læge og praksispersonalet (bilag 5), honoreringsaftale mellem PLO-Hovedstaden og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (bilag 3) samt udgiftsbilag til afregning af ydelser i forbindelse med projektet.

Rekruttering af patienter i målgruppen

Rekrutteringen af patienter skete lokalt hos de praktiserende læger. Lægerne blev bedt om at udtrække patienter fra deres elektroniske patientjournalssystem i henhold til følgende kriterier:

Inklusionskriterier

Sygesikringsgruppe 1-patienter med bopæl i Københavns Kommune i aldersgruppen ≥ 36 ≤ 65 år, der optræder med skizofreni (ICPC kode p72), psykose-skizo-afektiv uden specifikation (ICPC kode p72) eller bipolar lidelse (ICPC kode p73).

Eksklusionskriterier

- Personer bosat på et af Københavns Kommunes socialpsykiatriske bosteder
- Personer med livstruende sygdom
- Personer, der ikke forstår og/eller taler dansk
- Personer, der er akut selvmordstruede

- Personer, der har et svært aktuelt misbrug, som er uforeneligt med deltagelse
- Personer, der vurderes at være til fare for personalet.

Patienter, der opfyldte projektets inklusionskriterier, blev kontaktet af den praktiserende læge eller af praksispersonalet med information om projektet og en invitation til at deltage i projektet.

Tværasektorielt samarbejde

Som en del af projektet blev der etableret mulighed for, at almen praksis kunne kontakte Københavns Kommunes støttekontaktpersonordning i tilfælde af, at en patient, der havde accepteret at deltage i projektet, ønskede at blive ledsaget af sin støttekontaktperson til konsultationerne i forbindelse med projektet. Støttekontaktpersonordningen kunne også kontaktes, hvis en patient ikke havde en støttekontaktperson, men udtrykte ønske om at få én. Støttekontaktpersonerne havde til opgave at støtte deres patienter i at deltage i projektet og i videst muligt omfang at ledsage både eksisterende og nye patienter, der ønskede det, til konsultationer i almen praksis.

Desuden blev der etableret mulighed for direkte kontakt fra almen praksis til Psykiatrisk Center København og til Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Denne kontakt var tænkt som en mulighed for støtte og vejledning om behandling af patienter med svær psykisk sygdom, f.eks. i forhold til medicininteraktion mellem nye og eksisterende ordinationer. I projektmappen fandtes direkte telefonnumre og mailadresser på navngivne overlæger, som havde til opgave at besvare alle henvendelser fra almen praksis i forbindelse med projektet hurtigst muligt indenfor almindelig arbejdstid.

Evaluering

Indsatsen evalueres ved hjælp af en effektevaluering og en procesevaluering.

Effektevalueringen undersøger de samlede effekter af indsatsen, herunder både effekten af de forskellige indsatskomponenter på en række på forhånd fastsatte mål og eventuelle uforudsete effekter, der falder uden for målområdet. Effektevalueringen er baseret på kvantitative data indsamlet i almen praksis.

Procesevalueringen belyser, hvordan implementeringsprocessen er forløbet for at opnå en forståelse af, hvordan interventionen har virket, under hvilke omstændigheder den har virket, og for hvem den har virket. Procesevalueringen er primært baseret på kvalitative data fra interviews med praktiserende læger og praksispersonale, men også kvantitative data indgår.

I figur 3 og 4 nedenfor ses programteorien, som danner baggrund for evalueringen. For at øge læsevenligheden er effektmål og procesmål vist i hver deres tabel med tilhørende dataindsamlingsmetoder. Længst til venstre ses de komponenter, projektets indsats bestod af, og til højre herfor ses de formål, som de enkelte indsatskomponenter var rettet mod. Efter hver figur er dataindsamlingen beskrevet mere detaljeret.

Figur 3. Programteori med effektmål



Dataindsamling fra almen praksis

De praktiserende læger blev bedt om løbende at registrere data i projektet. Som nævnt i afsnittet *Projektmappe* fik de praktiserende læger indledningsvis udleveret fysiske dataregistreringsark, som de blev bedt om løbende at udfylde. Projektlederen og de øvrige projektmedarbejdere var løbende i dialog med og besøgte de medvirkende praksis med henblik på at sikre korrekt registrering af data. Dataregistreringsskemaerne og en kopi af samtykkeerklæringerne blev afslutningsvist indhentet fra hver enkelt praksis af en person fra projektgruppen.

Udover almindelig journalføring er de praktiserende læger blevet bedt om at registrere følgende:

- Alder
- Køn
- Psykiatrisk diagnose
- Evt. eksklusionsårsag
- Hvorvidt telefonisk kontakt har været mulig
- Ønske om deltagelse
- Om patienten har afgivet samtykke og er blevet screenet
- Resultatet af screeningen i form af kliniske baselinedata
- For patienter diagnosticeret med somatisk sygdom eller i forvejen kendt somatisk sygdom registrering af besøg og eventuelt samarbejde med Psykiatrisk Center København, Klinisk Farmakologisk Afdeling og Støttekontaktpersonordningen under Psykiatrienheden i Københavns Kommune
- Kliniske data fra årskontrol

Figur 4. Programteori med procesmål



Kvalitative interviews med almen praksis

Der blev gennemført kvalitative semistrukturerede interviews med de praktiserende læger og deres praksispersonale i to runder i løbet af projektets løbetid. Alle interviews blev foretaget i de medvirkende lægers egen praksis. Interviewene havde en varighed á 45-60 minutter og blev gennemført af projektlederen eller en anden projektmedarbejder. Første runde blev afholdt i umiddelbar forlængelse af, at hver enkelt praksis havde foretaget patientudtræk og gennemført screeningen for somatisk sygdom. Den anden runde blev gennemført ved afslutningen af projektet i forbindelse med årskontroller for somatisk sygdom. Interviewene blev optaget på diktafon og blev efterfølgende transskriberet. Materialet blev herefter kodet og kategoriseret induktivt ved brug af metoden *qualitative content analysis* (14).

Resultater

Projektets indsats indeholdt som tidligere beskrevet følgende fire komponenter: 1) Uddannelse af almen praksis og kommunale støttekontaktpersoner, 2) systematisk patientudtræk, 3) screening for udvalgte somatiske kroniske sygdomme og 4) behandling af somatisk sygdom og fastholdelse. I det følgende beskrives resultaterne for hver af indsatserne.

Frafald af læger

Som beskrevet tidligere deltog i alt 16 læger i projektet. I den periode, der gik, fra lægerne havde gennemført screeningen og indtil de afsluttende årskontroller, var der imidlertid yderligere frafald af en enkelt læge. Årsagen til frafaldet var salg af praksis uden videregivelse af projektdata. Frafaldet har alene betydning for resultaterne af behandlingsdelen. Betydningen er beskrevet i afsnittet *Årskontrol for somatisk sygdom*.

Uddannelse af almen praksis og kommunale støttekontaktpersoner

Ud af de 16 læger, der medvirkede i projektet, deltog syv på kick-off seminaret. I alt var syv ud af ti mulige praksisser repræsenteret. De resterende tre praksisser fik efterfølgende besøg af projektlederen, der videregav den nødvendige information fra seminaret. Fra Københavns Kommune deltog lederen af psykiatrienheden samt tre repræsentanter for støttekontaktpersonordningen. Tilbage meldingerne fra seminaret var meget positive, og det blev af flere deltagere pointeret, at det var lærerigt at få viden om hinandens respektive opgaver og betydningsfuldt at mødes fysisk med mulighed for at stille hinanden spørgsmål.

Systematisk patientudtræk af patienter med svær psykisk sygdom

De medvirkende praktiserende læger udtrak i alt 271 patienter med skizofreni, skizoaffektiv lidelse og/eller bipolar lidelse, hvilket betyder, at hver praksis i gennemsnit har 17 patienter i målgruppen. Patienterne fordeler sig på de forskellige psykiatriske diagnoser som vist i tabel 1. Antager man, at den enkelte læge i gennemsnit har 1600 patienter i sin praksis, udgør patienter med diagnoserne skizofreni, skizoaffektiv lidelse og bipolar lidelse dermed samlet set godt 1 % af den enkelte læges samlede patientpopulation.

Tabel 1: Antal patienter med de udvalgte psykiatriske diagnoser

Diagnose	Antal (%)
Skizofreni	157 (57,9 %)
Skizoaffektiv lidelse	16 (5,9 %)
Bipolar lidelse	95 (35,0 %)
Skizofreni og bipolar lidelse	3 (1,1 %)
I alt	271

Blandt de 271 patienter var 134 mænd (49,4 %) og 137 kvinder (50,6 %). Tabel 2 viser kønsfordelingen for henholdsvis patienter med skizofreni, skizoaffektiv lidelse og/eller bipolar lidelse. Som det ses af tabellen, er tre femtedele af patienterne med skizofreni mænd, mens kvinder udgør godt to tredjedele af patienterne med henholdsvis skizoaffektiv lidelse og bipolar lidelse.

Tabel 2: Kønsfordeling for de udvalgte psykiatriske diagnoser

Diagnose	Mænd	Kvinder
Skizofreni	95 (60,5 %)	62 (39,5 %)
Skizoaffektiv lidelse	5 (31,3 %)	11 (68,8 %)
Bipolar lidelse	32 (33,7 %)	63 (66,3 %)
Skizofreni og bipolar lidelse	2 (66,7 %)	1 (33,3 %)

Aldersgennemsnittet for hele populationen ligger på 44,6 år og med små udsving for de enkelte diagnoser (tabel 3). Det skal bemærkes, at aldersgennemsnittet er udregnet inden eksklusion for alder.

Tabel 3: Aldersgennemsnit for de udvalgte psykiatriske diagnoser

Diagnose	Alder
Skizofreni	44,7 år
Skizoaffektiv lidelse	44,1 år
Bipolar lidelse	44,4 år
Skizofreni og bipolar lidelse	47,7 år
Aldersgennemsnit for hele populationen	44,6 år

De praktiserende lægers erfaringer med patientudtrækket

Flere læger fortæller, at man som praktiserende læge typisk ikke sætter diagnosekoder på de patienter, der bliver tilset i psykiatrien for deres psykiatriske diagnoser, og som enten slet ikke kommer eller kun møder op i almen praksis i forbindelse med problemstillinger,

der ikke er relateret til deres psykiatriske lidelse. Eftersom der i psykiatrien og i almen praksis anvendes forskellige diagnosekodningssystemer, kræver systematisk diagnosekodning af psykiatriske diagnoser i almen praksis, at lægerne gennemgår samtlige epikriser fra psykiatrien, hvilket er en tidskrævende proces. Nogle elektroniske patientjournalssystemer i almen praksis giver ifølge flere læger mulighed for at identificere patienter med psykiatriske lidelser via en søgning på medicin. Det er dog ikke alle systemer, der har denne mulighed. Der er delte meninger om, hvorvidt denne måde at udtrække patienter på er hensigtsmæssig, da den enkelte læge vil være nødt til systematisk at gennemgå udtrækkene, eftersom en søgning på medicin vil medføre, at patienter med andre psykiske lidelser end de, der er fokus på i projektet, vil blive identificeret. Hvis man vil søge på medicin, anbefaler lægerne, at der søges på f.eks. antipsykotisk medicin.

Flere læger fortæller, at deres udtræksliste har indeholdt patienter, for hvem det er uklart, hvem der har stillet den psykiatriske diagnose. Desuden nævner flere læger, at de er stødt på patienter, som ikke har fået tildelt korrekte diagnoser, eller som har en eller flere OBS-diagnoser fra f.eks. skadestuen eller psykiatrien. I de tilfælde er det vanskeligt som praktiserende læge at vide, om patienten reelt har en diagnose eller ej.

Eksklusionsårsager

Som angivet tidligere var der i projektet opstillet en række eksklusionskriterier. I alt er 149 patienter blevet ekskluderet, hvilket svarer til 55 % af det samlede antal patienter, som blev udtrukket. Tabel 4 viser antallet af patienter, der er ekskluderet fra projektet fordelt på de forskellige eksklusionsårsager. Som det fremgår af tabellen, er alder den hyppigste årsag til eksklusion. Det er særligt de yngre patienter under 36 år, der er blevet ekskluderet (92). Udover alder er flere patienter (24) ekskluderet, fordi de var bosiddende på et socialpsykiatrisk bosted. Årsagen til, at patienter på bosteder blev ekskluderet, var, at der samtidig med nærværende projekt var uddelt SATS-puljemidler til at afprøve plejehjemslægeordningen på socialpsykiatriske bosteder.

Tabel 4: Fordeling af eksklusionsårsager

Årsag til eksklusion	Antal (%)
Alder < 36 år	92 (61,3 %)
Alder > 65 år	26 (17,3 %)
Bosat på bosted	24 (16,0 %)
Livstruende sygdom	0
Taler og/eller forstår ikke dansk	5 (3,3 %)
Akut selvmordstruet	0
Misbrug uforeneligt med deltagelse	0
Til fare for personalet	3 (2,0 %)
Andet	7
I alt	157*

*Enkelte patienter er blevet ekskluderet af flere årsager, hvorfor det samlede antal ekskluderede i tabellen ikke stemmer overens med det reelle antal ekskluderede patienter.

Ud af de 149 personer, som er blevet ekskluderet, havde 57,7 % skizofreni, 6 % skizoaffektiv lidelse, 34,9 % bipolar lidelse og 1,3 % både skizofreni og bipolar lidelse.

De praktiserende lægers erfaringer med eksklusionskriterierne

Hovedparten af de interviewede læger var kede af, at patienter under 36 år måtte ekskluderes fra projektet. Flere af lægerne fortæller, at de er enige i projektgruppens synspunkt om, at hovedparten af de unge endnu ikke vil have udviklet de somatiske lidelser, der i projektet screenes for, men nævner samtidig, at mange af patienterne er svært overvægtige og rygere. Disse læger havde gerne set, at patienter over 30 år kunne indgå ud fra det argument, at det er vigtigt tidligt at gøre patienterne opmærksomme på deres øgede risiko for at udvikle kroniske somatiske lidelser. Flere læger ville derfor gerne have indkaldt deres unge patienter, så de i tillæg til screeningen kunne have haft en forebyggende samtale med patienterne om vigtigheden af regelmæssige undersøgelser. Flere læger nævner, at de oplever, at der ikke bliver taget ordentligt hånd om de unge patienters somatiske tilstand i psykiatrien og fortæller, at de har besluttet udenfor projektet at indkalde deres patienter under 36 år til screening og en snak om forebyggelse.

I forhold til at lade patienter bosat på socialpsykiatriske bosteder udgå fortæller lægerne enstemmigt, at de ikke er bekendt med, at plejehjemslægeordningen skulle være forsøgt afprøvet eller implementeret på bostederne. Flere nævner, at det kan skyldes, at det er vanskeligt at rekruttere læger til opgaven. Med undtagelse af en enkelt læge, der oplever at have et godt samarbejde med bostederne, fortæller lægerne, at de oplever problemer

med særligt de sundhedsfaglige kompetencer på flere bosteder, og at samarbejdet og kommunikationen med personalet er vanskelig. Erfaringen er, at patienterne på bostederne ofte er meget tunge og ustabile patienter, som typisk ikke har mulighed for at møde op i almen praksis. Lægerne anbefaler derfor, at indsatsen overfor denne gruppe tænkes anderledes. Der er enighed om, at indførelsen af plejehjemslægeordningen på socialpsykiatriske bosteder kunne give et markant sundhedsfagligt løft og forbedre kvaliteten af behandlingen for beboerne. Dog nævnes det, at man er nødt til at tænke finansieringen anderledes end på plejehjemmene, da man på et bosted langt fra vil kunne tilse lige så mange patienter. Denne løsning vil derfor ikke være økonomisk rentabel for den enkelte læge.

Invitation og deltagelse i screening

I alt er 122 patienter blevet kontaktet med henblik på tilbud om screening og deltagelse i projektet. Heraf havde 71 patienter (58,7 %) skizofreni, syv (5,7 %) havde skizoaffektiv lidelse, og 43 (35,2 %) havde bipolar lidelse. En patient (0,83 %) havde både skizofreni og bipolar lidelse. Tabel 5 viser, hvor mange patienter der efter telefonisk samtale med deres praktiserende læge eller praksissygeplejersken henholdsvis ønskede at deltage, ikke ønskede at deltage eller ikke var tilgængelige via telefon. Som det fremgår af tabellen, ønskede godt 57 % af de adspurgte patienter at deltage, mens knap 24 % aktivt fravalgte at deltage. De resterende knap 19 % af patienterne var det ikke muligt at komme i telefonisk kontakt med selv efter flere forsøg. Patienter, der tilkendegav, at de ønskede at deltage, fik som tidligere beskrevet tildelt en konsultationstid med det samme.

Tabel 5: Ønske om deltagelse

Deltagelse	Antal (%)
Patienter, der ønskede at deltage	70 (57,4 %)
Patienter, der ikke ønskede at deltage	29 (23,8 %)
Patienter, der ikke var tilgængelige	23 (18,9 %)
I alt	122

Lægerne og praksispersonalet i de medvirkende praksis fortæller, at patienterne ofte udeblev fra de fastlagte konsultationer og måtte kontaktes igen med henblik på en ny tid. På trods af dette blev alle de 70 patienter, der fik tildelt en tid ved den indledende samtale, screenet.

Patienternes modtagelse af invitationen

Flere læger beskriver, at de generelt havde en oplevelse af, at patienterne tog godt imod tilbuddet om at blive screenet. Flere patienter gav udtryk for, at det var rart at mærke, at nogle bekymrede sig om dem. Kun en enkelt praksis oplevede negative reaktioner blandt patienterne. Reaktionen bundede ifølge den pågældende praksis i, at de aktuelle patienter manglede sygdomsindsigt og ikke var enige i at have den psykiatriske diagnose, som var baggrunden for, at de var blevet udvalgt til projektet.

Det er desuden lægernes erfaring, at der er stor forskel på, hvor bevidste patienterne er om deres øgede risiko for at udvikle kroniske somatiske sygdomme, og hvilken betydning denne viden eller mangel herpå har for deres deltagelse.

Årsager til fravalg

De patienter, som aktivt fravalgte at deltage i projektet efter at være blevet ringet op, gav forskellige begrundelser for ikke at ville deltage. Flere læger fortæller, at nogle patienter er paranoide eller har social angst, og at de derfor ikke ønsker eller kan overskue at deltage. Nogle patienter fravalgte deltagelse med den begrundelse, at de ikke havde tid, og andre begrundede fravalget med, at de allerede bliver undersøgt flere andre steder. En praksis fortæller, at mange patienter har sagt nej til at deltage i projektet med den begrundelse, at de er trætte af sundhedssystemet og oplever at have været i clinch med systemet for ofte.

Om de patienter, det ikke har været muligt at få kontakt til, siger flere af lægerne, at de er bekymrede for, at det netop er blandt disse patienter, de største problemer findes, og at det formentlig er denne gruppe, der har det sværest, og som kun sjældent eller aldrig besøger almen praksis.

Hovedparten af lægerne har en oplevelse af, at de patienter, som har valgt at deltage i projektet, primært er dem, som i forvejen jævnligt møder op i praksis. Nogle af lægerne udtrykker derfor bekymring for, om projektet kun får fat i de patienter, som de i forvejen har en god kommunikation med, og som derfor er trygge ved at deltage. Der er en generel oplevelse blandt lægerne af, at det er de mest velfungerende af patienterne, som har valgt at deltage i projektet. To praksis udtrykker direkte, at de dårligste patienter formentlig ikke har sagt ja til at deltage eller er blevet ekskluderet.

Patienter med ny-diagnosticeret somatisk sygdom

Ud af de 70 patienter, der blev screenet, blev syv patienter ny-diagnosticeret med én eller flere af de somatiske sygdomme, som projektet havde fokus på. Tre patienter blev diagnosticeret med forhøjet blodtryk, tre med forhøjet kolesterol og en enkelt patient med både forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol. Der var ingen ny-diagnosticerede med iskæmi, hjerteinsufficiens eller diabetes (tabel 6).

En enkelt praksis fortæller, at flere patienter har givet udtryk for at føle en form for lettelse ved at fejle noget somatisk. Lettelsen begrundes med, at det er nemmere at forholde sig til, om f.eks. et kolesteroltal er faldet eller steget end at forholde sig til udviklingen i en psykiatrisk lidelse.

Patienter med kendt somatisk sygdom

Ud af de 70 patienter, der blev screenet, var 23 patienter i forvejen kendt med én eller flere af de somatiske diagnoser, som projektet havde fokus på. Seks patienter var kendt med flere somatiske diagnoser, hvoraf fem patienter havde to diagnoser, og én patient havde tre diagnoser (tabel 6).

Tabel 6. Patienter med ny-diagnosticeret eller kendt somatisk sygdom*

Diagnose	Antal ny-diagnosticerede	Antal med kendt diagnose
Iskæmi	0	1
Hjerteinsufficiens	0	0
Diabetes	0	7
Forhøjet blodtryk	4	15
Forhøjet kolesterol	4	6

*Tallene i tabellen dækker over antallet af nye og kendte diagnoser. Da flere patienter har fået stillet mere end en diagnose, er det samlede antal i tabellen højere end antallet af patienter med ny-diagnosticeret eller kendt somatisk sygdom.

Behandling for somatisk sygdom

Af de 23 patienter, som forud for projektet var kendt med somatisk sygdom, modtog 20 patienter behandling for deres somatiske sygdomme, to patienter modtog ikke behandling, og for en enkelt patient var besvarelsen ikke fyldestgørende. Samtlige patienter med diabetes og iskæmi modtog behandling, mens en patient med forhøjet blodtryk og en patient med hypertension ikke modtog behandling. Patienten, hvor spørgsmålet om behandling ikke var besvaret, havde forhøjet kolesterol.

Patienter, der blev ny-diagnosticeret med somatisk sygdom i forbindelse med projektet, blev sat i behandling og håndteret som sædvanligt i forhold til de pågældende diagnoser.

I forhold til nonfarmakologisk behandling fortæller en læge, at det kan være vanskeligere at give råd om livsstil, herunder f.eks. kostråd, til patienter med psykiatriske diagnoser og eventuel brug af psykofarmaka. Flere læger fortæller, at det generelt kan være særligt vanskeligt at sætte ind overfor livsstilsproblemer som f.eks. rygning i denne patientgruppe. Det beskrives, hvordan lægen er nødt til at tage hele patientens situation og tilstand i betragtning, inden man begynder at tale rygestop. Selv i tilfælde, hvor en patient netop har fået konstateret KOL, vil det ikke altid give mening at tale rygestop.

Årskontrol for somatisk sygdom

Af de 30 patienter, der i forbindelse med projektet er blevet diagnosticeret med somatisk sygdom, eller som i forvejen var kendt med én af projektets fokusdiagnoser, har 26 fået udført en årskontrol. To af de patienter, der ikke fik udført årskontrol, tilhørte den praksis, der udgik af projektet, og for de resterende to var besvarelsene ikke fyldestgørende.

Lægerne giver enstemmigt udtryk for, at de fremover vil have fokus på at tilbyde årskontroller for somatisk sygdom til deres patienter med skizofreni, skizoaffektiv lidelse eller bipolar lidelse. En enkelt praksis fortæller, at de også forud for projektet gennemførte somatiske årskontroller til patienter med skizofreni, skizoaffektiv lidelse eller bipolar lidelse.

Fremmøde

Der er generelt enighed blandt lægerne om, at det i høj grad er lykkedes at fastholde patienterne i deres behandlingsforløb. Således oplever de fleste læger, at det har været uproblematisk at få deres patienter til at møde op efter den indledende screening. Flere begrundes dog dette med, at det som tidligere beskrevet formentlig er de mest velfungerende patienter i målgruppen, som deltager i projektet, og at fremmødet er sikret, fordi læger og praksispersonale har lagt en stor indsats i at kontakte patienterne og tildele dem nye tider ved udeblivelser.

Organisering af indsatsen i praksis

De medvirkende praksis har valgt at organisere projektindsatsen på forskellig vis. I cirka halvdelen af praksis har lægerne selv stået for den indledende dialog med patienterne, mens det hos den anden halvdel har været praksissygeplejerskernes opgave. Ligeledes er det forskelligt, hvem der har stået for f.eks. blodprøvetagningen i projektet. I de praksis,

hvor praksissygeplejerskerne har stået for opgaverne i forbindelse med projektet, begrundes dette med, at praksispersonalet ofte har en meget pædagogisk og imødekommende tilgang til patienterne og derfor er gode til at varetage disse opgaver. Flere læger giver udtryk for, at det kan være en fordel, at praksissygeplejerskerne fremover overtager flere opgaver i forbindelse med gruppen af patienter med svær psykisk sygdom og samtidig sikres et honorar. Der bliver lagt vægt på, at det er en meget tidskrævende patientgruppe, blandt andet fordi patienterne ofte udebliver fra deres konsultationer og skal ringes op igen, og fordi det typisk ikke er muligt at sende f.eks. blodprøvesvar pr. mail, men at patienterne i stedet må have en tid i klinikken, hvor de kan få forklaret blodprøvesvarene.

Tilgang til gruppen/særlig indsats

Lægerne og praksispersonalet nævner forskellige tiltag i praksis, som, de vurderer, har været medvirkende til at sikre opbakning til projektet blandt deres patienter.

For det første har flere praksis haft gode erfaringer med at indkalde patienterne på faste tider, f.eks. efter frokost, så patienterne ikke har skullet vente i venteværelset sammen med andre patienter.

Hvad angår den indledende samtale mener flere, at det er vigtigt at være meget åben omkring hele projektforløbet og tage sig tid til at gennemgå det. Nogle af praksissygeplejerskerne fortæller, at det kan betale sig at være meget opmærksom på, hvordan man informerer og formulerer sig ved den indledende kontakt, og at det samtidig er vigtigt for at sikre fremmøde, at man ringer patienterne op med en påmindelse på konsultationsdagen. Det er oplevelsen, at dette reducerer antallet af udeblivelser.

Generelt opfordrer lægerne til, at det er den eller de samme person(er), der kommunikerer med og tilser patienten ved hvert fremmøde i klinikken. Flere understreger, at kontinuitet er særlig vigtigt for denne patientgruppe. Det er oplevelsen, at risikoen for udeblivelser eller frafald stiger i takt med, at flere eller nye behandlere tilknyttes den enkelte patients forløb. Dette hænger sammen med, at tryghed ifølge de medvirkende praksis spiller en afgørende rolle for, om patienterne vælger at deltage og for, om de fastholder deres behandling. Dette afspejler sig også i, hvem der har valgt at deltage i projektet. Som tidligere beskrevet fortæller flere læger, at de patienter, som har valgt at deltage, primært er patienter, som de i forvejen har en god relation til og som er trygge ved at komme i praksis.

Endelig nævner flere praksis, at de for at sikre fremmøde har gode erfaringer med at udskrive kortvarige recepter, således patienterne er nødsaget til at møde op til en konsultation for at få fornyet deres medicin.

Hjemmebesøg

Enkelte praksis har benyttet sig af hjemmebesøg i forbindelse med projektet, hvilket de oplever, at deres patienter har været rigtig glade for. Disse praksis fortæller, at hjemmebesøg f.eks. kan afhjælpe 'white coat syndrom'¹ i forbindelse med blodtryksmåling. Systematisk tilbud om hjemmebesøg er dog ifølge lægerne ikke nødvendigvis en farbar vej til at sikre flere patienters deltagelse, idet der fortsat vil være en stor gruppe patienter, som er vanskelige at få kontakt til. De argumenter, som patienterne selv bruger for deres fravalg af deltagelse, handler da heller ikke om problemer med fremmøde i praksis. Dog kan hjemmebesøg være en løsning for patienter med social angst.

Tidsforbrug

I projektet var der afsat en time til den indledende lægesamtale og tilsvarende til årskontrollen, men ingen læger giver udtryk for at have brugt så lang tid. For patienter, der blev opsporet med somatisk sygdom, var der afsat op til en halv time til de opfølgende konsultationer.

Generelt fortæller lægerne, at det er passende med en halv times konsultation til screening og tilsvarende til den opfølgende lægekonsultation, hvilket ikke afviger fra deres sædvanlige tidsforbrug til andre patientgrupper. Derimod er der enighed om, at gruppen af patienter med skizofreni, skizoaffektiv lidelse og/eller bipolar lidelse overordnet set er tidskrævende. Særligt praksispersonalet bruger ofte mere tid på denne patientgruppe, hvor der generelt er et stort problem med udeblivelser, opfølgninger og genindkaldelser.

Der er delte meninger om, hvorvidt behandlingen af målgruppen kan rummes indenfor den nuværende overenskomst. Mens nogle læger mener, at det godt kan lade sig gøre, oplever andre læger, at patientgruppen er meget tidskrævende, og at en konsultation sjældent kan klares på 15 minutter. Flere læger beskriver, hvordan den forlængede konsultationstid i projektet og de hyppigere konsultationer bidrager til, at der kan

¹ Det engelske 'white coat syndrom' eller på dansk 'kitteltryk' bliver brugt i forbindelse med blodtryksmålinger foretaget hos lægen og henviser til, at lægens hvide kittel i sig selv kan give anledning til forhøjet blodtryk hos særligt påvirkelige patienter.

opbygges gode relationer, som i sidste ende gør, at lægen kan vejlede den enkelte patient bedre.

Tværasektorielt og tværfagligt samarbejde

Det tværasektorielle og tværfaglige samarbejde i projektet blev forud for afprøvningen af indsatsen vurderet som afgørende for at sikre fremmøde i almen praksis, men også for at støtte den enkelte praktiserende læge i behandlingen af de patienter, der måtte blive opsporet med somatisk sygdom i projektet. Evalueringen viser imidlertid, at der i projektet ikke har været gjort brug af det tværasektorielle og tværfaglige set-up. Således har ingen patienter ønsket, at deres eventuelle støttekontaktperson skulle medvirke ved konsultationerne i almen praksis. Flere af de medvirkende læger forklarer i interviewene, at det hænger sammen med, at de patienter, som har medvirket i projektet, generelt er velbehandlede for deres psykiatriske diagnose og klarer sig godt og derfor ikke har behov for hjælp til fremmøde i praksis. Dertil nævner lægerne, at hovedparten af de patienter, der er blevet screenet, i forvejen er kendt i praksis og jævnligt kommer der og derfor føler sig trygge.

De praktiserende læger har heller ikke benyttet muligheden for at søge støtte hos hverken Klinisk Farmakologisk Afdeling på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital eller Psykiatrisk Center København. I forhold til Klinisk Farmakologisk Afdeling forklares dette med, at det kun er et begrænset antal patienter, der er blevet ny-diagnosticeret med somatisk sygdom i projektet, hvorfor behovet for at søge vejledning hos kliniske farmakologer ikke har været til stede. Flere læger fortæller ligeledes, at den medicin, de har ordineret, hører til helt almindelig behandling. Når der ikke har været behov for at kontakte Psykiatrisk Center København, skyldes det ifølge flere læger, at de patienter, der har deltaget i projektet, er de mest velfungerende og velbehandlede patienter i gruppen.

Der er generelt enighed blandt lægerne om, at situationen ville have været en anden, hvis det var lykkedes at rekruttere nogle af de patienter, der aktivt fravalgte deltagelse, eller som ikke var mulige at få kontakt til. Flere patienter i disse grupper formodes at have behov for hjælp til fremmøde i almen praksis, at have en højere forekomst af somatisk sygdom, og at være mindre velbehandlede for deres psykiatriske diagnose. Selvom der i projektet ikke har været behov for støtte, nævner flere praksis derfor, at det generelt vil være rart at have en telefonisk hotline til både Klinisk Farmakologisk Afdeling og Psykiatrisk Center København.

Som beskrevet i evalueringsafsnittet var det planlagt også at afholde interviews med personaler fra støttekontaktpersonordningen i Københavns Kommune, Psykiatrisk Center København og Klinisk Farmakologisk Afdeling. På baggrund af ovenstående resultater er dette udeladt fra projektet.

Placering af ansvaret for somatisk opsporing og behandling

Der er delte meninger om, hvor den somatiske opsporing og behandling af patienter med svær psykisk sygdom bør forankres. Mens nogle læger mener, at ansvaret bør placeres i almen praksis, mener andre læger, at psykiatrien som minimum burde stå for opsporing og behandling af forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol. Argumentet er her, at man sandsynligvis ville nå flere patienter, hvis de somatiske kontroller lå i psykiatrisk regi, hvor patienterne alligevel møder op til konsultation. Det nævnes, at denne organisering vil kræve, at personalet i psykiatrien får opfrisket deres viden om somatikken. Oplevelsen hos flere læger er, at der på nuværende tidspunkt ikke foregår systematiske somatiske undersøgelser i psykiatrien. I forhold til samarbejde mellem almen praksis og psykiatrien oplever flere læger, at der generelt er behov for, at faggrænserne mellem psykiatrien og almen praksis bliver tegnet tydeligere op, så patienter ikke falder mellem to stole.

Projektets betydning for praksis efter projektophør

Flere praksis fortæller, at selvom projektet ikke har resulteret i et stort antal ny-diagnosticerede patienter med somatisk sygdom, har projektet betydet, at de oplever at have bedre overblik over og kendskab til gruppen af patienter med svær psykisk sygdom i deres praksis. Samtidig oplever flere, at de på baggrund af projektet har fået opbygget en tættere relation til flere af deres patienter. De praksis, der ikke tidligere foretog årskontroller for somatisk sygdom blandt deres patienter med svær psykisk sygdom, fortæller, at de fremadrettet vil forsøge at have en mere systematisk tilgang til patientgruppen både i forhold til at sikre overblik over gruppen og i forhold til systematiske årskontroller. Samlet giver lægerne udtryk for, at de allerede har indkaldt de patienter, der ikke blev opsporet med somatisk sygdom, til en ny screening efter et år.

En enkelt praksis fortæller, hvordan projektet har betydet, at de har flyttet fokus fra primært at se patienter i projektets målgruppe som psykiatriske patienter til nu også at se dem som somatiske patienter.

Diskussion

I det følgende vil resultaterne fra projektet blive diskuteret og faktorer af betydning for implementeringen af indsatsen blive beskrevet.

Undervisning af almen praksis og kommunale støttekontaktpersoner

Undervisningen af praktiserende læger, praksispersonale og kommunale støttekontaktpersoner foregik på et kick-off seminar umiddelbart inden projektstart. Flere deltagere tilkendegav, at det var lærerigt at få viden om hinandens respektive opgaver og betydningsfuldt at mødes fysisk med mulighed for at stille hinanden spørgsmål. Det vurderes, at undervisningen har haft afgørende betydning for implementeringen af projektet i praksis.

Systematisk patientudtræk

De elektroniske patientjournalssystemer, der er tilgængelige i almen praksis, giver forskellige muligheder for at søge patienter frem via diagnosekoder. Det er en forudsætning for at lave udtrækkene, at man som praksis har foretaget systematisk diagnosekodning på baggrund af epikriser fra psykiatrien. Hovedparten af de medvirkende praksis har været systematiske i deres tilgang til at få ICPC-kodet deres psykiatriske patienter, men ikke alle. I de praksis, hvor det ikke er tilfældet, har man i stedet identificeret de aktuelle patienter ved at søge på patienter med antipsykotisk medicin. Den ufuldstændige diagnosekodning bevirker, at der findes et ukendt antal patienter, som projektet ikke når. Selv i de praksis, der har indarbejdet en systematik omkring diagnosekodningen, vil der være patienter, som patientudtrækket på diagnosekoder ikke fanger. Patienter, der kun tilses i psykiatrien for deres psykiatriske lidelse, og hvor almen praksis ikke har modtaget en epikrise, vil f.eks. ikke fremgå af udtrækket. For at opnå et fuldstændigt billede af antallet af patienter med skizofreni, skizoaffektiv lidelse og bipolar lidelse i almen praksis bør andre metoder, eventuelt i tillæg til denne, derfor overvejes.

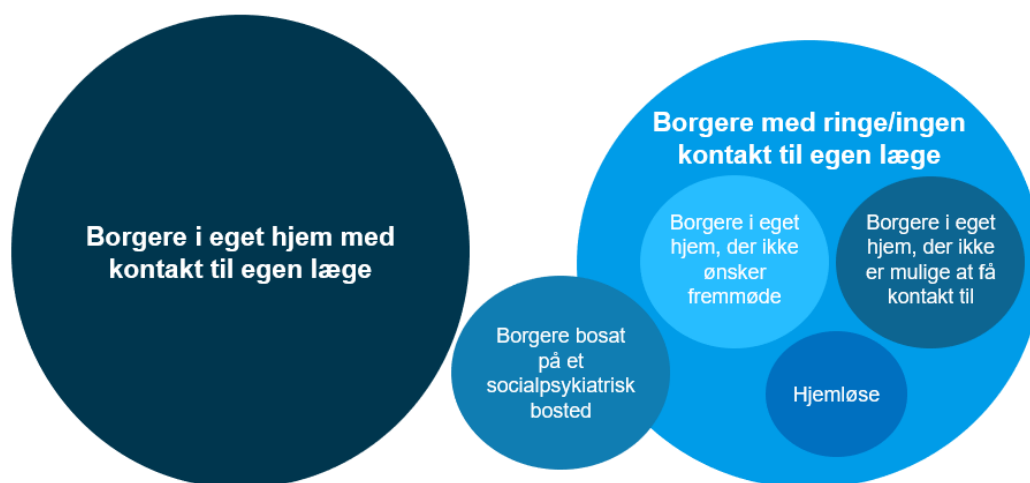
Screening for udvalgte somatiske kroniske sygdomme

Af de patienter, der blev kontaktet med henblik på tilbud om screening og deltagelse i projektet, var det muligt at rekruttere 57 %, mens de resterende 43 % enten aktivt fravalgte at deltage eller ikke var mulige at komme i kontakt med. Om patienter, der aktivt fravalgte at deltage, fortæller lægerne, at det skyldes, at patienterne er paranoide eller har social angst, at de ikke oplever at have tid eller oplever allerede at blive

undersøgt flere andre steder i systemet. Projektets screeningsindsats når således kun en selekteret gruppe af patienter med skizofreni, skizoaffektiv lidelse og bipolar lidelse, og selv i denne gruppe kræver det en ekstra indsats fra personalet i almen praksis at sikre fremmøde. Som overenskomsten er nu, modtager praktiserende læger ikke honorar ved udeblivelser, hvilket må forventes at have betydning for, hvor mange nye konsultationer den enkelte patient tilbydes. Udenfor projektet må opbakning til systematiske kontroller for somatisk sygdom derfor forventes at være mindre end de 57 %, som findes i projektet. De kvalitative resultater viser desuden, at de patienter, der ønsker at deltage, også er de patienter, der i forvejen jævnligt konsulterer deres praktiserende læge, og som føler sig trygge ved at møde op i praksis. Samtidig er der blandt lægerne en opfattelse af, at det er de mest velfungerende af patienterne, som vælger at deltage, og flere udtrykker bekymring for, at de dårligste patienter formentlig ikke har sagt ja til at deltage eller er blevet ekskluderet. På denne baggrund må det forventes, at forekomsten af somatisk komorbiditet blandt gruppen af patienter med skizofreni, skizoaffektiv lidelse og bipolar lidelse i almen praksis reelt er højere end de 43 %, som projektet finder.

Gruppen af patienter, som projektet ikke når, tegner sig for godt 40 % af patienter i almen praksis med skizofreni, skizoaffektiv lidelse eller bipolar lidelse. Det formodes, at der skal flere forskellige målrettede indsats til for at nå denne gruppe, hvoraf cirka halvdelen er mulige for almen praksis at komme i kontakt med. Figur 5 illustrerer de forskellige grupper af patienter med svær psykisk sygdom, som projektet tegner op. Hvor den mørkeblå cirkel til venstre illustrerer de knap 60 % af patienterne, som deltager, viser den lyseblå cirkel til højre de forskellige grupper, som projektet ikke når. De hjemløse patienter og patienter bosat på socialpsykiatriske bosteder har ikke været en del af projektet. Flere læger giver udtryk for, at patienter bosat på socialpsykiatriske bosteder sjældent vil kunne møde op i almen praksis, og at det derfor ville være hensigtsmæssigt at tilknytte faste læger til bostederne, som regelmæssigt kan gennemføre systematisk opsporing af somatisk sygdom hos beboerne. For at nå gruppen af borgere i eget hjem, som det ikke er muligt at komme i kontakt med, samt gruppen af borgere, som ikke ønsker fremmøde i almen praksis, vil det være hensigtsmæssigt at afprøve andre løsninger.

Figur 5. Illustration af forskellige grupper af patienter med svær psykisk sygdom



En mulighed er at tilbyde systematisk udredning for somatisk sygdom i psykiatrien, hvor en stor gruppe af patienterne alligevel jævnligt møder op. Ifølge flere af lægerne i projektet vil dette kræve et øget fokus på somatikken i psykiatrien, og samtidig åbner det for en diskussion om, hvor behandlingsansvaret for de somatiske lidelser i så fald ligger. Hvis opsporingen placeres i psykiatrien, men behandlingen efterfølgende skal ske i almen praksis, kræver det et tæt tværsektorielt samarbejde, hvor patienternes primære kontaktpersoner i psykiatrien og kommunale støttekontaktpersoner og hjemmevejledere i høj grad må forventes at skulle samarbejde om, at den nødvendige viden videregives til almen praksis, og at patienten modtager nødvendig støtte til fremmøde.

Behandling af somatiske kroniske sygdomme

Langt størstedelen af de patienter, som forud for projektet var kendt med somatisk sygdom, modtog medicinsk behandling herfor. Patienter, der blev ny-diagnosticeret med somatisk sygdom i forbindelse med projektet, blev sat i behandling og håndteret som sædvanligt i forhold til retningslinjerne for de pågældende diagnoser. Med undtagelse af få patienter fik alle patienter, der er sat i behandling enten forud for eller i forbindelse med projektet, udført en årskontrol. Det er således i høj grad lykkedes at sikre fremmøde og at fastholde patienterne i deres behandlingsforløb, selvom det har krævet en ekstra indsats af personalet i almen praksis. Såfremt patientgrundlaget i projektet havde været større, ville det have været oplagt at foretage en objektiv vurdering af, hvorvidt

deltagernes medicin er hensigtsmæssig samt at vurdere, om de kliniske mål hos de patienter, der har fået igangsat behandling, er forbedret i interventionsperioden. Dette har desværre ikke været muligt grundet et for lille og usikkert datamateriale.

Implementering af indsatsen

Erfaringen fra projektet er, at der blandt de medvirkende praksis findes en stor vilje og faglig interesse i at prioritere og løfte indsatsen overfor gruppen af patienter med svær psykisk sygdom. Samtidig ved vi, at de praksis, der har medvirket, også har en særlig interesse for området og derved ikke nødvendigvis afspejler hele gruppen af praktiserende læger. Hvad angår patienterne, er tilbagemeldingen fra de praktiserende læger, at de generelt har været glade for tilbuddet, hvilket også afspejler sig i opbakningen til projektet blandt de patienter, der er blevet screenet og efterfølgende er sat i behandling. I forhold til fremadrettet eventuelt at kunne målrette indsatsen til en bredere gruppe af patienter i almen praksis vil det være værdifuldt at gennemføre kvalitative interviews med patienter, der aktivt har fravalgt deltagelse.

Forud for igangsættelse af projektet blev det af projektgruppen vurderet, at der var behov for etablering af et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde som en del af indsatsen. Som beskrevet i resultatafsnittet er det imidlertid ikke lykkedes at implementere og afprøve dette samarbejde. Dette skyldes ikke manglende velvilje eller engagement fra de respektive parter, men alene det faktum, at det er en selekteret gruppe og formentlig primært de mest velfungerende og velregulerede patienter, der har valgt at deltage. Det er de praktiserende lægers holdning, at det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde på tværs af almen praksis, kliniske farmakologer, psykiatri og kommune er afgørende for at nå den samlede gruppe af patienter med skizofreni, skizoaffektiv lidelse og bipolar lidelse, men der vurderes at være behov for at afprøve andre samarbejdsmodeller målrettet den gruppe af patienter, som projektet ikke når.

Ud fra lægernes egne udsagn vurderes det, at projektets indsats i flere praksis har fået betydning for håndteringen af patienter med skizofreni, skizoaffektiv lidelse og bipolar lidelse. Flere praksis nævner således direkte, at de på baggrund af projektet vil indføre systematiske årskontroller for somatisk sygdom.

Konklusion og perspektivering

Resultaterne af dette feasibilitystudie viser, at det kan lade sig gøre at få en gruppe af patienter med skizofreni, skizoaffektiv lidelse og bipolar lidelse til at møde op i almen praksis til screening for somatiske sygdomme og til at følge en eventuelt iværksat behandling. Over halvdelen af de patienter, der opfyldte inklusionskriterierne, accepterede at deltage og mødte op til screening, og det lykkedes i høj grad almen praksis at fastholde patienterne i det planlagte behandlingsforløb. Der er således potentiale i at fokusere på somatisk sygdom blandt patienter med svær psykisk sygdom i almen praksis. Det skal fremhæves, at det kræver en stor indsats fra almen praksis at rekruttere og fastholde patienterne i projektet, herunder fx målrettet kommunikation i den indledende samtale, hyppige flytninger af aftaler ved udeblivelser, telefoniske påmindelser om konsultationer og tildeling af konsultationstider uden ventetid.

De deltagende patienter adskiller sig dog ifølge de medvirkende praktiserende læger afgørende fra dem, der ikke lykkedes at rekruttere, ved at være relativt velfungerende og velbehandlede i forhold til deres psykiske lidelse, og ved at have en tillidsfuld relation til deres praktiserende læge.

Cirka en fjerdedel af de patienter i målgruppen, der blev inviteret til at deltage i projektet, fravalgte aktivt at deltage, og cirka en femtedel var ikke mulige at få kontakt til. Denne gruppe af patienter, som udgør næsten halvdelen af patienterne i projektets målgruppe, har en ringere tilknytning til almen praksis og formodes at være mindre velbehandlede og dårligere fungerende.

Det tyder således på, at den afprøvede intervention virker for de relativt velbehandlede og velfungerende patienter i almen praksis, mens en stor gruppe af patienterne i målgruppen ikke indfanges med den valgte tilgang. Studiet gør det klart, at andre strategier må tages i brug for at nå den gruppe af patienter, som må forventes i stor udstrækning at bestå af patienter, som har brug for en særlig målrettet indsats mod somatisk sygdom.

Fremadrettet ligger der et arbejde i at undersøge, hvordan somatisk sygdom kan forebygges og behandles blandt personer med psykisk sygdom, som ikke møder op i almen praksis. En løsning kunne være at give psykiatrien ansvaret for opsporing af somatisk sygdom.

Patientudtrækkene fra de medvirkende lægers elektroniske patientjournalssystemer viste, at en stor del af patienterne med skizofreni, skizoaffektiv lidelse og bipolar lidelse var under

36 år og derfor måtte ekskluderes fra projektet. Fremtidige indsatser målrettet somatisk sygdom og sundhed blandt personer med svær psykisk sygdom kan med fordel inkludere patienter i alle aldersgrupper med særligt fokus på forebyggelse af livsstilssygdomme og opbygning af trygge relationer til almen praksis blandt de yngre patienter.

Ligeledes måtte en betydelig del af patienterne i målgruppen ekskluderes, fordi de var bosatte på et socialpsykiatrisk bosted. Disse patienter hører til de dårligere fungerende og mindre velbehandlede og må derfor formodes at have særligt behov for en indsats mod somatisk sygdom. Fremtidige indsatser kan derfor med fordel målrettes denne gruppe patienter, eventuelt med brug af fast tilknyttede praktiserende læger på bostederne.

Endelig har projektet samarbejdet med Forskningsenheden for Almen Praksis omkring SOFIA-projektet, der er et omfattende interventionsstudie i almen praksis, som har til formål at øge livskvalitet og forlænge levetiden hos mennesker med svær psykisk sygdom. Resultaterne og erfaringerne fra ”Sammen om dit helbred” har allerede indgået i udviklingen af indsatsen i SOFIA-projektet, og samarbejdet omkring SOFIA-projektet fortsætter.

Resultaterne fra nærværende forskningsprojekt kan generelt bruges i planlægningen af organiseringen af, hvordan somatisk sygdom hos personer med svær psykisk sygdom opspores og behandles i fremtiden.

Litteraturliste

1. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2014;10(November):425–48. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24313570>
2. Lau CJ, Lykke M, Andreasen AH, Bekker-Jeppesen M, Buhelt LP, Robinson KM, et al. Sundhedsprofil 2013 - Kronisk Sygdom. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden; 2015.
3. Laursen TM, Munk-Olsen T, Nordentoft M, Mortensen PB. 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):899–907.
4. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2011;199(6):453–8. Available from: <http://bjp.rcpsych.org/content/199/6/453.full>
5. Lawrence D, Hancock KJ, Kisely S. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ* 2013;346:f2539. Available from: <https://www.bmj.com/content/346/bmj.f2539>
6. Henderson DC, Vincenzi B, Andrea N V, Ulloa M, Copeland PM. Pathophysiological mechanisms of increased cardiometabolic risk in people with schizophrenia and other severe mental illnesses. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2015;2(5):452–64. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215036615001157>
7. Nasrallah HA, Meyer JM, Goff DC, McEvoy JP, Davis SM, Stroup TS, et al. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: Data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. *Schizophr Res*. 2006;86(1):15–22.
8. De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care,

- monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*. 2011;10(2):138–51.
9. Lawrence D, Kisely S. Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *J Psychopharmacol* [Internet]. 2010;24(4 Suppl):61–8. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20923921>
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC2951586>
 10. Smith SM, Bayliss EA, Mercer SW, Gunn J, Vestergaard M, Wyke S, et al. How to design and evaluate interventions to improve outcomes for patients with multimorbidity. *J Comorbidity*. 2013;33:10–1710.
 11. Speyer H, Christian Brix Nørgaard H, Birk M, Karlsen M, Storch Jakobsen A, Pedersen K, et al. The CHANGE trial: no superiority of lifestyle coaching plus care coordination plus treatment as usual compared to treatment as usual alone in reducing risk of cardiovascular disease in adults with schizophrenia spectrum disorders and abdominal obesity. *World Psychiatry* [Internet]. 2016 Jun [cited 2017 Feb 9];15(2):155–65. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27265706>
 12. Buch MS, Petersen A. Integrated Care-modellen – slutevalueringens resultater og konklusioner. Et samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation. 2016.
 13. Larsen JR, Siersma VD, Davidsen AS, Waldorff FB, Reventlow S, de Fine Olivarius N. The excess mortality of patients with diabetes and concurrent psychiatric illness is markedly reduced by structured personal diabetes care: A 19-year follow up of the randomized controlled study Diabetes Care in General Practice (DCGP). *Gen Hosp Psychiatry*. 2016;38:42–52.
 14. Schreier M. *Qualitative Content Analysis in Practice*. SAGE Publications, 2012.

Bilag

Bilag 1. Projektorganisering

Den daglige varetagelse og gennemførelse af projektet er varetaget af projektleder og seniorforsker Anne Marie Lyngsø og seniorforsker Julie Grew, begge fra Sektion for Tværsektoriel Forskning ved Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse. Derudover har sektionschef Michaela Schiøtz og projektkoordinator Dorte Høst fra samme sektion bidraget til projektets udvikling, gennemførelse og evaluering.

Projektet var organiseret med en tværsektorielt sammensat projektgruppe og styregruppe.

Projektgruppen bestod af speciallæge i almen medicin Niels Rokkjær, speciallæge i almen medicin Hanne Hjortkjær Petersen, specialepraksiskonsulent (SPK) i psykiatrien i Region Hovedstaden Lone Borelli-Kjær, sygeplejerske og støttekontaktperson Dalila B. Pedersen fra Psykiatrienheden ved Borgerventer Voksne i Københavns Kommune, overlæge Marie Stentebjerg Decara fra DPC Strandboulevarden, Psykiatrisk Center København (PCK) og overlæge Mikkel Bring Christensen fra Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Fra Sektion for Tværsektoriel Forskning, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse indgik projektleder og seniorforsker Anne Marie Lyngsø, seniorforsker Julie Grew, sektionschef Michaela Schiøtz, projektkoordinator Dorte Høst samt studentermedhjælpere Mia Flint, Rebecca Elisabeth Qwist Bilbo og Anna Fowler Lund.

Styregruppen bestod af specialepraksiskonsulent (SPK) i psykiatrien i Region Hovedstaden Lone Borelli-Kjær, overlæge Marie Stentebjerg Decara fra DPC Strandboulevarden, Psykiatrisk Center København (PCK), afdelingsleder for støttekontaktpersoner Jeanne S. Hansen fra Psykiatrienheden ved Borgerventer Voksne i Københavns Kommune, chefkonsulent Winnie Brandt fra Tværsektoriel Udvikling i Region Hovedstaden og lektor, assisterende forskningsleder, speciallæge i almen medicin, ph.d. dr.med. Annette Davidsen fra Forskningsenheden for Almen Praksis ved Københavns Universitet.

Endvidere har projektet haft et tæt samarbejde med dr.med., afdelingsleder, professor Susanne Reventlow fra Afdeling for Almen medicin, Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Folkesundhedsvidenskab ved Københavns Universitet omkring SOFIA-projektet.

Bilag 2. Patientinformationsfolder

Region Hovedstaden

Information om projektet

Sammen om dit helbred

Sammen
Når vi skriver "sammen", er det et udtryk for, at vi i projektet er forskellige parter, der arbejder sammen med dig for at styrke dit helbred. De forskellige parter kan være din praktiserende læge, Psykiatrisk Center København og din eventuelle støttekontakt-person eller hjemmehjælper.

Helbred
Når vi skriver "helbred", er det dit fysiske helbred, som vi i projektet har fokus på.

Med venlig hilsen

Anne Marie Lyngso
Projektleder, seniorforsker
Email: anne.marie.lyngsoe@regionh.dk

Ane Friis Bendix
Forskningsleder, overlæge, dr.med.
Email: ane.friis.bendix@regionh.dk

Tværsæktoriel Forskningsenhed,
Region Hovedstaden,
Frederiksberg Hospital,
Nordre Fasanvej 57,
Vej 8, Indgang 1, 1.sal
2000 Frederiksberg

Region Hovedstaden

Sammen om dit helbred

Tak fordi du har vist interesse for projektet. Med denne folder vil vi orientere dig mere om projektet, som du er inviteret til at deltage i af din praktiserende læge.

Hvad går projektet ud på?

Projektet har til formål at opdatere fysiske sygdomme (hjertekarsygdomme, sukkersyge, forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol) tidligt hos personer med psykisk sygdom. Hvis fysisk sygdom opdages tidligt, kan relevant behandling igangsættes.

Hvad kommer der til at ske, hvis du vælger at deltage i projektet?

Du har allerede givet besked til sygeplejersken hos din praktiserende læge om, at du gerne vil deltage og har fået tid til en konsultation. Ved den første konsultation vil sygeplejersken forhælle dig mere om projektet. Bagefter vil du få taget blodtryk og blodprøver og blive vejlet. Disse undersøgelser kan vise, om du har en eller flere af de nævnte sygdomme. Du vil herefter få en ny tid til konsultation hos lægen, hvor du vil få resultaterne af undersøgelse. Viser undersøgelse, at du ikke har nogen af de nævnte sygdomme, skal du ikke komme til yderligere konsultationer knyttet til projektet. Viser det sig, at du har en eller flere fysiske sygdomme, lægger du og din læge i samarbejde en plan for den videre behandling. Hvis du har tilknyttet en støttekontaktperson eller hjemmehjælper, vil alle dine besøg hos lægen blive koordineret med ham/hende, hvis du ønsker det.

Hvorfor deltage?

Din deltagelse i projektet giver dig mulighed for at blive undersøgt for, om du har fysiske sygdomme og for at opstarte eventuel behandling. Tidlig opsporing og behandling af fysisk sygdom kan forlænge og forbedre livet.

Ved deltagelse i projektet bidrager du også til, at vi får større viden om, hvordan en indsats målrettet fysisk sygdom bedst muligt tilrettelægges for personer med en psykisk lidelse.

I projektet er der afsat ekstra tid til hver konsultation hos sygeplejersken og lægen, og du vil få tildelt konsultationstider med kort eller ingen ventetid.

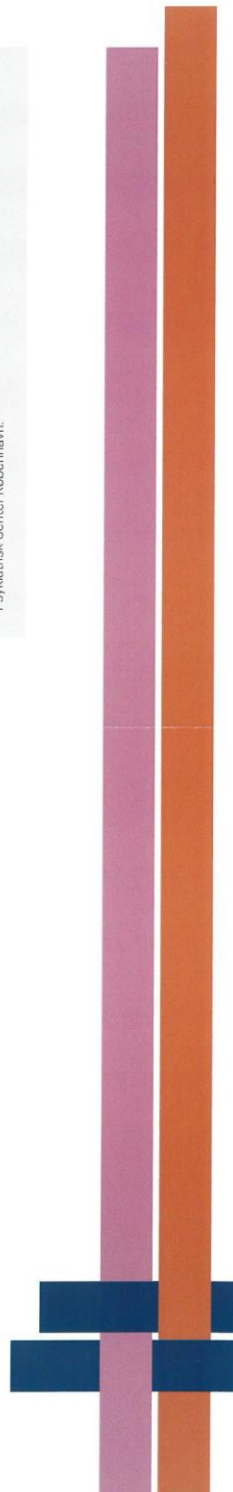
Projektet er anmeldt til Datatilsynet, og dine personlige oplysninger behandles strengt fortroligt.

Det er frivilligt at deltage

Din deltagelse i projektet er frivillig. Du kan til enhver tid trække dig fra projektet, uden at det har betydning for dine øvrige eller fremtidige kontakter til sundheds- og omsorgspersonale.

HVEM STÅR BAG FORSKNINGSPROJEKTET?

Projektet er finansieret af Region Hovedstaden og gennemføres af forskere fra Tværssektionel Forskningsenhed i Region Hovedstaden i samarbejde med din praktiserende læge. Københavns Kommunes støttekontaktpersoner og hjemmehjælperer samt Psykiatrisk Center København.





PLO-HOVEDSTADEN

Dato 22.03 2018

Aftale om honorering af praktiserende læger, der medvirker i projektet Sammen om dit helbred

Opsporing og behandling af udvalgte somatiske kroniske sygdomme hos personer med svær psykisk sygdom – udvikling og afprøvning af en koordineret tværsektoriel og tværfaglig indsats

§1 Aftalens parter mv.

Nærværende aftale er indgået mellem PLO-Hovedstaden og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

Stk. 2

Aftalen omfatter praktiserende læger med ydernummer i postnumrene 2100 København Ø, 2200

København N, 2400 København NV og 2700 Brønshøj.

Stk. 3

Det er en forudsætning for at deltage i projektet, at praksis har ansat praksispersonale.

Stk. 4

Aftalen omfatter gruppe 1-sikrede borgere med bopæl i Københavns Kommune i aldersgruppen 36-65 år, der optræder i den enkelte praktiserende læges journalsystem med diagnoseerne skizofreni (ICPC kode p72), psykose-skizo-afektiv uden specifikation (ICPC kode p72) eller bipolar lidelse (ICPC kode p73).

§2 Formål

Projektets overordnede formål er at optimere opsporing af udvalgte kroniske somatiske lidelser inkluderende hjertekarsygdomme (iskæmi og hjerteinsufficiens), diabetes, hypertension og forhøjet kolesterol hos personer med skizofreni, skizoaffektiv lidelse eller bipolar lidelse samt at initiere medicinsk behandling og sikre, at patienterne fastholdes i deres behandling. Desuden er formålet at styrke samarbejdet mellem almen praksis, Psykiatrisk Center København og Københavns Kommune med henblik på at støtte op om patienternes fremmøde i almen praksis og derved muligheden for opsporing og behandling af somatisk sygdom i målgruppen.

§3 Funktionsbeskrivelse for lægerne i projektet

De praktiserende læger, der deltager i projektet, bidrager på følgende måde:

- a. Praktiserende læger og praksispersonale deltager i et kick-off-møde af 2 ½ times varighed forud for projektstart
- b. Praktiserende læger foretager opslag i eget journalsystem og udtrækker patienter i aldersgruppen 36-65 år med diagnoserne skizofreni (ICPC kode p72), psykose-skizo-affektiv uden specifikation (ICPC kode p72) og bipolar lidelse (ICPC kode p73)
- c. Praksispersonalet i den enkelte klinik kontakter patienter med ovennævnte diagnosekoder telefonisk og orienterer kort om projektet samt tildeler patienter, der ønsker at medvirke i projektet, en konsultation hos praksispersonale med henblik på screening for hjertekarsygdomme (iskæmi og hjerteinsufficiens), diabetes, hypertension og forhøjet kolesterol. Se i øvrigt bilag 1 (Projektbeskrivelse)
- d. Praksispersonalet i den enkelte klinik kontakter patienter telefonisk på deres konsultationsdag og minder om deres aftale
- e. Praksispersonalet i den enkelte klinisk udfører screening for hjertekarsygdomme (iskæmi og hjerteinsufficiens), diabetes, hypertension og forhøjet kolesterol samt tildeler patienten en konsultationstid til en opfølgende konsultation hos lægen
- f. Den praktiserende læge vurderer undersøgelsesresultaterne og fremlægger dem for patienten ved en efterfølgende konsultation. Patienter, der diagnosticeres med en af de somatiske sygdomme, tilbydes et individuelt tilpasset behandlingsforløb i henhold til gældende kliniske retningslinjer og forløbsprogrammer på området. Patienter, der ikke diagnosticeres med somatisk sygdom, afsluttes
- g. Den praktiserende læge tilbyder/gennemfører cirka fire opfølgende konsultationer i løbet af projektets løbetid, som er cirka ét år
- h. Praksispersonale i den enkelte klinik tilbyder/gennemfører en afsluttende kontrol for somatisk sygdom
- i. Den praktiserende læge tilbyder/gennemfører en afsluttende kontrol for somatisk sygdom med svar på undersøgelserne hos praksispersonalet

§4 Den sikredes samtykke

Projektet er anmeldt til og foreløbigt godkendt af Datatilsynet (projektet kan først endelig godkendes, når Datatilsynet modtager navnene på de deltagende læger). De Videnskabetiske Komiteer for Region Hovedstaden har vurderet, at projektet ikke er anmeldelsespligtigt og kan iværksættes uden tilladelse (Protokol nr.: 17015252). Der indhentes informeret samtykke fra de deltagende borgere.

§5 Honorering

Lægerne honoreres for deres deltagelse i kick-off-mødet og arbejdet med at udtrække patienter fra eget journalsystem med det lægelige konsulenthonorar, der pr. 1. oktober 2017 udgør kr. 918,54 pr. time.

Stk. 2

Deltagelse i projektet honoreres i øvrigt i henhold til nedenstående takster:

Ydelser	Takster
Deltagelse i kick-off-møde	2,5 timer á 918,54 kr./time
Patientudtræk fra elektronisk journalsystem	Maks 4 timer á 918,54 kr./time
Telefonkonsultation med patienter (orientering om projektet)	250 kr. pr. patient
Opringning af patienten på konsultationsdagen (reminder)	28 kr. pr. patient (svarende til en "0201 Telefonkonsultation")
Indledende screening – konsultation hos praksispersonale	1 modul (10 min.) x 3 (svarende til i alt 397,2 kr.) + blodprøvetagning
Indledende lægekonsultation (udarbejdelse af behandlingsplan)	1 modul (10 min.) x 6 (svarende til 794,4 kr. – cirka 2 x "0120 Årskontrol, psykisk sygdom")
Opfølgende lægekonsultationer for patienter, der diagnosticeres med somatisk sygdom (ca. 4 konsultationer i projektperioden)	1 modul (10 min.) x 2 (svarende til i alt 264,82 kr.)
Årskontrol hos praksispersonale	1 modul (10 min.) x 2 (svarende til i alt 264,82 kr.) + blodprøvetagning
Årskontrol hos læge (afsluttende konsultation i projektet)	1 modul (10 min.) x 6 (svarende til 794,4 kr. – cirka 2 x "0120 Årskontrol, somatisk sygdom")

§6 Afregning

Afregning sker kvartalsvis af projektmidler. Honorarerne udbetales til lægen, når lægen har udfyldt og fremsendt udgiftsbilag 1 for så vidt angår ydelse a og b i §3 og udgiftsbilag 2 for så vidt angår ydelse c-i i §3. Der fremsendes en elektronisk faktura via Virk.dk til Tværsektoriel Forskningsenhed, GLN nr.

5798001029131 med reference til Tværsektoriel Forskningsenhed (TFE) – Indsats 31, Dorte Høst (tlf. nr. 38 63 60 90). Der skal refereres til E-12860-01-01-02. Udbetaling sker til den af lægen anførte konto på udgiftsbilagene inden 30 dage efter, at TFE har modtaget udgiftsbilagene.

Stk.2

Honorering reguleres i overensstemmelse med den til enhver tid gældende timetakst, hvor praktiserende læger benyttes som konsulenter mv., næste gang pr. 1. april 2018.

§7 Tvister

Såfremt der opstår tvister om fortolkningen af nærværende aftale, afgøres disse endeligt af en af aftalens parter i fællesskab udpeget opmand. Kan der ikke opnås enighed om opmanden, udpeges denne af præsidenten for SØ- og Handelsretten.

§8 Aftalens varighed

Nærværende aftale er alene gældende i den periode, hvor det nævnte projekt løber. Projektet forventes at løbe frem til udgangen af 2019. Varer projektet længere end til 31.12.2019, kan hver part opsige aftalen med 3 mdr. varsel til den 1. i en måned.

§9 Økonomiprotokollater

Ydelser i denne aftale er ikke omfattet af økonomilofterne i Overenskomsten om almen praksis § 88 samt i bilag 4, Økonomiprotokollat (Januar 2018).

§10 Ikrafttræden

Nærværende aftale træder i kraft fra datoen for aftalens underskrift.

Bilag

Bilag 1: Projektbeskrivelse

Bilag 2: Udgiftsbilag


Bilag 3: Udgiftsbilag

For PLO-Hovedstaden

For Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Den 23.03. 2018

Den 22.03 2018



.....

.....

Dataregistreringsark til deltagere i forskningsprojektet "Sammen om dit helbred"

Patientens navn:

Somatisk(e) diagnose(r):

Tlf.nr.:

Ja Nej

Hvis ja, hvilke og hvornår:

Hvis ja, hvilke og fra hvornår:

Er pt. forud for projektet diagn. med den/disse somatiske diagnose(r):

Modtager pt. allerede behandling for den/disse somatiske lidelser:

	Fremmøde			Støttekontaktperson el. hjemmevejleder deltager	Almen praksis har haft kontakt til psykiatrien		Almen praksis har haft kontakt til klinisk farmakolog		Eksklusion	
	Ja, efter 1. kontakt	Ja, efter 2. kontakt	Ja, efter 3. kontakt		Ja	Nej	Ja	Nej	Mis- brug	Selv- mord
Første lægekonsultation <i>Angiv dato</i>				Ja	Nej					
Anden lægekonsultation <i>Angiv dato</i>										
Tredje lægekonsultation <i>Angiv dato</i>										
Fjerde lægekonsultation <i>Angiv dato</i>										
Femte lægekonsultation <i>Angiv dato</i>										
Årskontrol v. sygepl. <i>Angiv dato</i>										
Årskontrol v. læge <i>Angiv dato</i>										

Prøver/undersøgelser/kliniske fund								
Vægt	Blodtryk	Puls	Hba1c	Total.chol	HDL	LDL	Triglycerid	CRP
Baseline måling								
Måling ved interventionens ophør								

Sammen om dit helbred

Opsporing og behandling af udvalgte somatiske kroniske sygdomme hos personer med svær psykisk sygdom – udvikling og afprøvning af en koordineret tværsektoriel og tværfaglig indsats

Procedurebeskrivelse for almen praksis

Identifikation og inklusion/eksklusion af patienter

- Patienter, der optræder med skizofreni (ICPC kode p72), psykose-skizo-afektiv lidelse uden specifikation (ICPC kode p72) eller bipolar lidelse (ICPC kode p73) i aldersgruppen $\geq 36 \leq 65$ år identificeres gennem journalsystemet og skrives ind i registreringsskemaet med cpr-nummer, navn, telefonnummer, køn, alder og diagnose.
- Det noteres i registreringsskemaet, om der er patienter, der må ekskluderes fra projektet på baggrund af følgende eksklusionskriterier:
 - Bosat på et af Københavns Kommunes socialpsykiatriske bosteder
 - Lider af en livstruende sygdom
 - Forstår og/eller taler ikke dansk
 - Potentielt til fare for personalets sikkerhed
 - Andet, angiv årsag
- Patienter, der ikke ekskluderes, ringes op og orienteres om projektet.

Indledende telefonsamtale

- Patienten orienteres kort om projektet med udgangspunkt i det udleverede projektinformationsmateriale.
- Patienter, som i telefonen tilkendegiver, at de ønsker at deltage, tildeles en tid hos sygeplejersken til et screeningsbesøg *tidligst tre uger senere* (for at øge sandsynligheden for, at en eventuel støtteperson kan deltage). Tidspunktet noteres i registreringsskemaet.
- Det noteres i skemaet, hvis en patient ikke ønsker at deltage eller ikke er til at få fat i. Såfremt en patient er vanskelig at få kontakt med, kan praksis forsøge at ringe over 3 dage på forskellige tidspunkter af dagen.
- Det afklares, om patienten *har eller har haft* en kommunal støttekontaktperson eller hjemmevejleder – og hvis ja, om patienten ønsker dennes ledsagelse ved screeningsbesøget.
- Hvis patienten IKKE har en støttekontaktperson/hjemmevejleder, kan almen praksis rette en bekymringshenvendelse til støttekontaktpersonordningen (psykiatrienhed@sof.kk.dk, emne: Bekymring/OBS Projekt). Lægen bedes understrege, at der er tale om en bekymringshenvendelse i forbindelse med projekt ”Sammen om dit helbred” og ganske kort opridse hvad patientens udfordring er eller tænkes at være i forhold til at komme til sine aftaler i almen praksis uden en støtteperson. Støttekontaktpersonordningen vil herefter kontakte patienten mhp. at tilbyde støtte til medvirken i projektet.

Når patienten har fået tid til screening hos sygeplejerske

- Informationsmateriale sendes til patienten (I har fået udleveret frimærker og konvolutter med informationsmateriale og skal bare påføre patientens navn og adresse).
- For de patienter, som har en støttekontaktperson eller hjemmevejleder og ønsker dennes deltagelse i besøg i almen praksis, sendes – uanset om der er tale om en støttekontaktperson eller hjemmevejleder – mail til Støttekontaktpersonordningen (psykiatrienhed@sof.kk.dk; emne: OBS Projekt) med patientens navn og tidspunkt for aftalt screeningsbesøg.

Indledende screening (sygeplejerske)

- Det noteres i registreringsskemaet, om patienten møder op til første, anden eller tredje aftalte sygeplejekonsultation eller slet ikke.
- Patienten orienteres mundtligt om projektet.
- Hvis patienten ønsker at deltage, gennemgås samtykkeerklæringen og underskrives af begge parter. Patienten får originalen, og en kopi gemmes i projektmappen.
- Det noteres i registreringsskemaet, om patienten giver samtykke til at deltage.
- Patienten tildeles et individuelt dataregistreringsark, som mærkes med navn og telefonnummer.
- **Undersøgelser/prøver:**
 - Blodprøver: alat, basisk fosfatase, gamma-gt, crea, na, k, hgb, hæm 1, leukocytter, trombocytter, TSH, kreatinkinase, Hba1c, triglycerid, HDL, LDL, total-chol., CRP.
NB: Kun blodsukker, blodfedt og CRP skal noteres i dataregistreringsarket.
 - Blodtryk og puls
 - Vægt
 - EKG
- I øvrigt foretager sygeplejersken sig, hvad han/hun vanligvis gør i en lignende konsultation, herunder taler om KRAM-faktorer, stofmisbrug, psykisk tilstand, sociale forhold, etc.

Første konsultation (læge)

- I det individuelle dataregistreringsark noteres, om patienten møder op til første, anden eller tredje aftalte lægekonsultation eller slet ikke.
- Det noteres, om patientens støttekontaktperson/hjemmevejleder deltager i konsultationen.
- Det noteres, om lægen har taget kontakt til Klinisk Farmakologisk Afdeling og/eller Psykiatrisk Center Kbh. i forbindelse med den pågældende konsultation.
- Prøvesvar og eventuel(le) somatisk(e) diagnose(r) indskrives i dataregistreringsarket.
- Patienten orienteres om prøvesvar og eventuel(le) diagnose(r).
- For de patienter, som diagnosticeres med en eller flere somatiske sygdomme/tilstande, tilrettelægges et individuelt tilpasset behandlingsforløb i overensstemmelse med gældende retningslinjer og forløbsprogrammer.
- I øvrigt foretager lægen sig, hvad han/hun vanligvis gør i en lignende konsultation, herunder taler om KRAM-faktorer, stofmisbrug, psykisk tilstand, sociale forhold, etc.

- Vurdering af misbrug og selvmordsrisiko
 - Misbrug til hinder for deltagelse: Er misbruget så omfattende, at det vurderes, at patienten ikke kan samarbejde, ekskluderes vedkommende fra projektet.
 - Selvmordsrisiko: Hvis det vurderes, at patienten er akut selvmordstruet, ekskluderes vedkommende fra projektet, og anden passende behandling initieres.
 - Årsag til eventuel eksklusion noteres i dataregistreringsarket.
- Der aftales ny konsultation. Hvis patientens støttekontaktperson/hjemmevejleder eller en anden person er med, skal denne også have mulighed for at deltage i næste konsultation.

Opfølgende lægekonsultation (3-4 konsultationer i løbet af et år)

- I det individuelle dataregistreringsark noteres, om patienten møder op til første, anden eller tredje aftalte lægekonsultation eller slet ikke.
- Det noteres, om patientens støttekontaktperson/hjemmevejleder deltager i konsultationen.
- Det noteres, om lægen har taget kontakt til Klinisk Farmakologisk Afdeling og/eller Psykiatrisk Center Kbh. i forbindelse med den pågældende konsultation.
- Lægen udfører en sædvanlig konsultation i henhold til gældende kliniske retningslinjer og forløbsprogrammer.
- Der aftales ny konsultation. Hvis patientens støttekontaktperson/hjemmevejleder eller en anden person er med, skal denne også have mulighed for at deltage i næste konsultation.

Årskontrol ved sygeplejerske

- Det noteres i dataregistreringsarket, om patienten møder op til første, anden eller tredje aftalte sygeplejeårskontrol eller slet ikke.
- **Undersøgelser/prøver:**
 - Blodprøver: alat, basisk fosfatase, gamma-gt, crea, na, k, hæm 1, hgb, kreatinkinase, Hb, leukocytter, trombocytter, TSH, cobalamin, vitamin D, calcium, HbA1c, triglycerid, HDL, LDL, total-chol., CRP.
NB: Kun blodsukker, blodfedt og CRP skal noteres i dataregistreringsarket.
 - Blodtryk og puls
 - Vægt
 - EKG

Årskontrol ved læge

- Svar på undersøgelser/prøver noteres i det individuelle dataregistreringsark.
- Det noteres, om patienten møder op til første, anden eller tredje aftalte lægekonsultation eller slet ikke.
- Det noteres, om patientens støttekontaktperson/hjemmevejleder deltager i konsultationen.
- Det noteres, om lægen har taget kontakt til Klinisk Farmakologisk Afdeling og/eller Psykiatrisk Center Kbh. i forbindelse med den pågældende konsultation.

- Lægen udfører en sædvanlig konsultation i henhold til gældende kliniske retningslinjer og forløbsprogrammer.

Opmærksomhedspunkter

- Der er tale om en tidskrævende patientgruppe.
- Såfremt det er muligt, er det en god idé at undgå morgentider og ventetid for projektdeltagerne, fx ved at tildele dem konsultationstider lige efter frokost.
- Såfremt det er muligt, vil det være hensigtsmæssigt, at den enkelte patient møder den samme sygeplejerske og den samme læge ved hvert besøg.
- Det første besøg hos sygeplejersken kan med fordel indledes med en snak om patientens aktuelle velbefindende og mest presserende helbredsproblem(er).

Opbevaring af personhenførbare og personfølsomme oplysninger

- Underskrevne samtykkeerklæringer, registreringsskema og individuelle dataregistreringsark opbevares forsvarligt, helst i aflåst skab/skuffe.

Samarbejdspartnere

- Psykiatrisk Center København:

Der er ved behov mulighed for at søge rådgivning hos Psykiatrisk Center København vedrørende psykiatriske problemstillinger. Der sendes en mail til overlæge Marie Stentebjerg Decara (marie.stentebjerg.decara@regionh.dk) med beskrivelse af problematikken, men uden angivelse af patientspecifikke data. Marie vil herefter svare hurtigst muligt pr. mail eller telefon (foretrækkes opringning, angives telefonnummer og tidspunkt, hvor man bedst træffes).

- Afdeling for Klinisk Farmakologi på Bispebjerg Hospital:

Der er ved behov mulighed for at søge rådgivning hos Afdeling for Klinisk Farmakologi vedrørende medicinering af somatiske lidelser hos patienter i behandling for svær psykisk sygdom. Der rettes henvendelse til MedicinInfo per telefon (38 63 57 00) eller mail (medicininfo@regionh.dk) med beskrivelse af problematikken.

- Støttekontaktpersonordningen under Københavns Kommune:

Støttekontaktpersonordningen under Københavns Kommune (Psykiatrienheden, Borgercenter Voksne) kontaktes på mail (psykiatrienhed@sof.kk.dk, emne: OBS Projekt), hvis en patient har en støttekontaktperson eller hjemmevejleder (også hvis patienten ikke er klar over, om støttepersonen er tilknyttet Støttekontaktpersonordningen eller hjemmevejlederne) og ønsker dennes deltagelse ved konsultationer i almen praksis. Desuden kan støttekontaktpersonordningen kontaktes, hvis en patient ikke allerede har en støtteperson, men det skønnes, at en sådan vil kunne fremme patientens fremmøde til aftaler i almen praksis, samt hvis der i øvrigt er noget omkring en patient, som vækker grund til bekymring og indikerer, at der kunne være et støttebehov.

Litteratur

Lau CJ, Lykke M, Andreasen AH, Bekker-Jeppesen M, Buhelt LP, Robinson KM, et al. Sundhedsprofil 2013 - Kronisk Sygdom. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden; 2015.

Laursen TM, Munk-Olsen T, Nordentoft M, Mortensen PB. 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):899–907.

Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol* 2014;10(November):425–48.

Lawrence D, Hancock KJ, Kisely S. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ* 2013;346:f2539.

Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry* 2011;199(6):453–8.

