

# Årskontrol af skizofrene i almen praksis

- hvad lykkedes og hvad kan forbedres?



**Deltagere:** Lykke Byskov Strunk, Shajekoban Nagendram og Inge Pedersen.

**Vejleder:** Morten Bondo Christensen

**Hold:** FT67

# Indholdsfortegnelse

<b>Introduktion/baggrund</b> .....	3
<b>Formål og forskningsspørgsmål</b> .....	4
<b>Metode</b> .....	5
<b>Litteratursøgning</b> .....	7
<b>Resultater</b> .....	8
<b>Forskelle i klinikkerne - uligheder i antal foretaget årskontroller</b> .....	9
<b>Mangelfuld kodning i journal</b> .....	10
<b>Dataudtræk - XMO vs. EG Clinea</b> .....	10
<b>Samfundsøkonomisk aspekt</b> .....	10
<b>Kliniske implikationer</b> .....	13
<b>Instruks - Kontrol af patienter med skizofreni / antipsykotika-behandling</b> .....	13
<b>Formål</b> .....	13
<b>Målgruppe</b> .....	13
• Patienter diagnosticeret med skizofreni eller anden psykotisk lidelse .....	13
• Patienter i behandling med antipsykotisk medicin (uanset diagnose).....	13
<b>Ansvar</b> .....	13
<b>1. Ved opstart af antipsykotisk behandling</b> .....	14
<b>2. Kontrolplan (løbende opfølgning)</b> .....	14
<b>3. Kliniske vurderinger ved hver kontrol</b> .....	15
<b>4. Særlige forhold</b> .....	15
<b>5. Henvielse / kontakt psykiatrien ved:</b> .....	15
<b>Frase til Årskontrol skizofreni/årskontrol[12]</b> .....	16
<b>Konklusion</b> .....	17
<b>Referenceliste</b> .....	18
<b>Bilag</b> .....	20

## Introduktion/baggrund

Vores udgangspunkt for denne opgave er, at vi er tre hoveduddannelseslæger i almen medicin, som netop har afsluttet ansættelse i regionspsykiatrien. Vi er nu tilbage i almen praksis, hvor vi oplever et stort fokus på årskontrol af somatiske lidelser, fx diabetes og hypertension. De psykiatriske lidelser, som også er kroniske, fylder mere i det akutte billede, fx med indlæggelser eller samtaleterapi, hvorimod vi sjældent møder den skizofrene patient i fredstid. Vi er derfor nysgerrige på, i hvor stor grad der udføres årskontroller på personer med skizofreni, som vi oplever som en udsat patientgruppe.

I Danmark var der 29.000 personer med skizofreni svarende til en prævalens på 3-5 ud af 1.000 i 2024. Omtrent halvdelen af disse personer følges i psykiatrisk behandlingsregi, hvorfor almen praksis er behandlingsansvarlig for den resterende andel[1]. Studier viser en overdødelighed blandt skizofreniramte personer på 15-20 år til sammenligning med baggrundsbefolkningen i forhold til naturlige dødsårsager, herunder hyppigst hjertekarsygdom og metaboliske risikofaktorer, samt inaktivitet og rygning[2]. Forskningen viser, at skizofreniramte besøger egen læge oftere end den gennemsnitlige dansker, og at netop disse kontakter oftest omhandler somatiske problemstillinger[3]. Til trods herfor viser data, at patientgruppen i mindre grad får invasive og non-invasive undersøgelser ift. hjertekarsygdom, i mindre grad får behandling for kræftsygdomme og blodfortyndende behandling efter cerebrovaskulær hændelse[4].



Skizofreniramte behandles blandt andet med antipsykotika, der potentielt har alvorlige bivirkninger. Aktuelt anvendes i højere grad præparater med færre ekstrapyramidale bivirkninger, som til gengæld i højere grad kan medføre metaboliske forstyrrelser. Medicinsk behandling af skizofreni kræver jvf. sundhedsstyrelsens vejledning årlig opfølgning. Sundhedsstyrelsen anbefaler monitorering af blandt andet EKG og lipidprofil[5]. Der foreligger ingen vejledning fra DSAM, hvilket besværliggør ensartethed og systematisering af årskontroller ved egen læge.

## **Formål og forskningsspørgsmål**

Vi ønsker at undersøge, om der udføres relevant årskontrol af den skizofrene patient i almen praksis? Forskningsspørgsmålet besvares ud fra en sammenligning af data fra tre vestjyske klinikker med fokus på kvalitetsudvikling til gavn for patientens sundhed.

## Metode

Indsamling af data foregik gennem statistikmodulet i XMO og EG Clinea. Her fremsøgte vi patienter inden for tidsgrænsen 01.03.24-01.09.25 (18 måneders interval) med diagnosekoderne P72 (ICPC) og F20 (ICD-10). Ift. den kendte prævalens af skizofreni, fandt vi i én klinik påfaldende få patienter med skizofreni, hvorfor vi for denne klinik valgte at fremsøge patienter i behandling med Aripiprazol eller Olanzapin. Alle notatyper blev fremsøgt. Vi tjekkede herefter, om der var foretaget enten ydelsen 0120 (Årsstatus) eller 0121 (Opsøgende hjemmebesøg) på ovennævnte diagnoser. Følgende kriterier blev brugt som inklusions- og eksklusionskriterier:

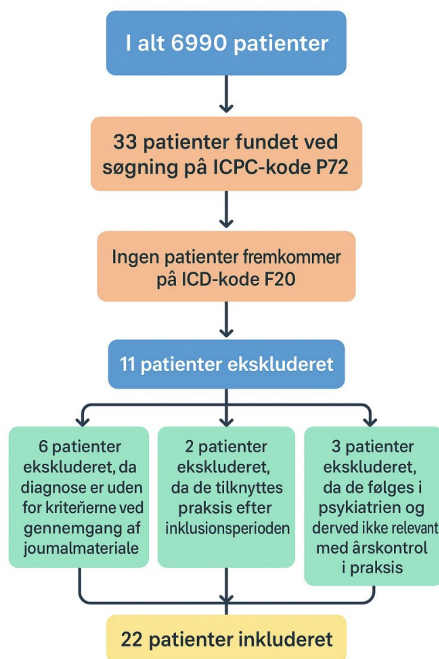
 Inklusionskriterier	 Eksklusionskriterier
Patienter med diagnosekodning under <b>P72</b> (skizotypisk sindslidelse, paranoid psykose, skizofreni)	Patienter der <b>fraflytter praksis</b>
Patienter med diagnosekodning under <b>F20</b> (alle typer skizofreni inkl. UNS)	Patienter der <b>er afgået ved døden</b>
Patienter <b>over 18 år</b>	Patienter der <b>følges i psykiatrien</b> (behandlingsansvar ligger der – ikke relevant for 0120 ydelsen)
Patienter der <b>flytter til praksis</b>	Patienter med <b>enkel paranoia</b>
	Patienter der er <b>under udredning</b>

*Tabel 1, in- og eksklusionskriterier.*

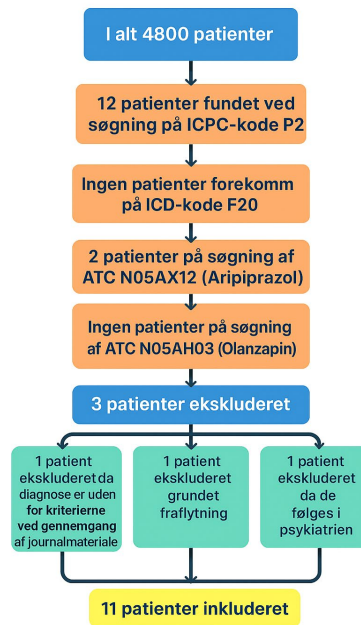
Vi lavede et auditskema, se tabeller i bilag, på forhånd som blev udfyldt undervejs i dataindsamlingsprocessen. Her blev følgende noteret:

- Tid siden seneste årskontrol for skizofreni
- Seneste årskontrol 0120/0121
- EKG
- Biokemi i relation til årskontrol
- Relevant biokemi (Levertal, HbA1c og lipider)
- Køn
- Alder

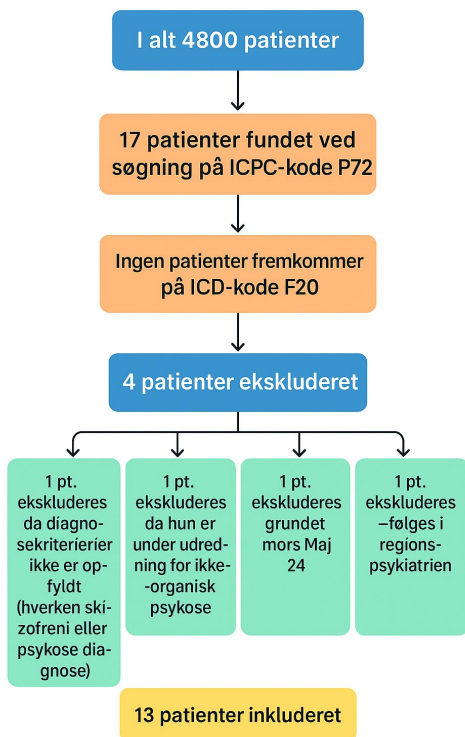
Herefter anvendte vi ChatGPT og Microsoft Copilot til fremstilling af relevante individuelle flowcharts klinikkerne imellem og et samlet flowchart til slut. Se figur 1-4 forneden.



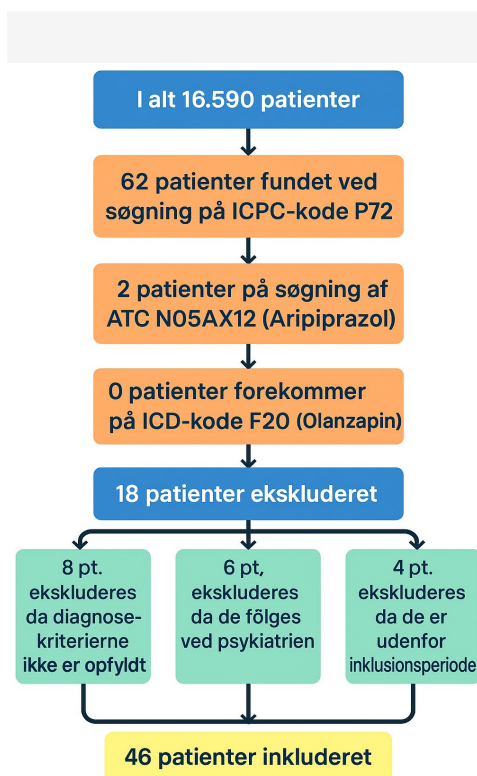
Figur 1, klinik 1.



Figur 3, klinik 3.



Figur 2, klinik 2.







Figur 4, samlet flowchart.

## **Litteratursøgning**

Til søgning af litteratur søgte vi på databasen Pubmed via det Kgl.Bibliotek med følgende søgeord: “schizophrenia and general practice and ecg”, “schizophrenia AND general practitioner”. Endvidere søgte vi artikler frem via Googles AI-robot, Gemini, ved søgning på “årskontrol ved skizofreni i almen praksis”. En artikel er blevet anbefalet af professor Morten Bondo Christensen - endvidere er en af referencerne fra den artikel citeret[6].

## Resultater

Kategori	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3
 Årskontrol inden for 18 mdr.	55%	100%	45%
 EKG udført	83%	61,5%	80%
 Relevant laboratorietest	100%	84%	80%
 Aldrig fået 0120/0121 på P72/F20	36%	0%	36%

Tabel 2, resultater, se rådata i bilag.

I klinik 1 og 3 var andelen af udførte årskontroller i samme leje, hvorimod klinik 2 havde udført årskontrol på alle patienter. Andelen af patienter som fik taget EKG ved årskontrol for skizofreni var minimum 61,5 %. Generelt var andelen af patienter, som fik taget relevante blodprøver, høj.

Patienter som aldrig havde fået lavet årskontrol var 36 % i både klinik 1 og 3. Den resterende andel af patienterne er den gruppe, som har fået lavet årskontrol, der ligger mere end 18 måneder tilbage.

Aldersgruppe	Mænd	Kvinder
18–39 år	4	3
40–59 år	5	2
60 år og derover	0	1
<b>I alt</b>	<b>9</b>	<b>6</b>

Tabel 3, Patienter som enten aldrig eller ikke inden for 18 måneder har fået lavet årskontrol.

Der ses generelt ud fra Tabel 3 en lidt større andel af mænd under 60 år, som aldrig eller ikke inden for 18 mdr. har fået foretaget årskontrol.

## Diskussion

### Forskelle i klinikkerne - uligheder i antal foretaget årskontroller

Det ses ud fra resultaterne, at klinik 2 især adskiller sig fra de 2 andre klinikker ved, at samtlige patienter med diagnosekriterier får udført årskontrol. Dette tyder på en formentlig mere systematisk og struktureret tilgang i sikringen af denne sårbare gruppe. Jvf. artikel Bond Lind et al (2022) er organisatoriske retningslinjer og faste arbejdsgange en vigtig faktor for at årskontroller ved psykisk sårbare patienter bliver gennemført[6]. Ved klinik 2 er der blandt andet øget bevidsthed og prioritering af den sårbare patient ift. indkaldelse og opfølgning.

I klinik 1 og 3 er der ikke en systemiseret tilgang til årskontrol af skizofreni. Dette afspejler resultaterne, hvor 36 % af patienterne i de to klinikker aldrig har fået foretaget årskontrol på relevante diagnoser. Hhv. 45% og 55 % har været til årskontrol inden for de seneste 18 måneder. For at afdække årsagerne til den lavere udførselsrate er der lavet journalgennemgang i klinik 1 og 3 på patienter, som aldrig har været til årskontrol. Den viser, at nogle patienter er flyttet til praksis i løbet af inklusionsperioden på de 18 måneder og har endnu ikke fået lavet årskontrol i den nye praksis. For andre patienter ser vi, at de er afsluttet fra regionspsykiatrien med diagnosen skizofreni, men at det ikke er blevet kodet i systemet hos almen praksis. Gældende for den største gruppe af patienter ser vi, at sygdomsbyrden af somatisk sygdom har en større tyngde end den psykiatriske lidelse. Patienterne får udført årskontrol på somatiske lidelser med EKG og biokemi, som ofte også er relevant for vurdering af den antipsykotiske medicin, men den psykiatriske sygdom er ikke vurderet i notaterne fra årskontrol. Vi får altså ikke lavet en årskontrol af skizofreni, da der mangler en objektiv psykisk vurdering med henblik på stillingtagen til eventuelle medicinændringer af antipsykotika. Vi lykkes ikke med at få patienterne til årskontrol for skizofreni, selvom vi ser dem i anden henseende. Dette kan muligvis skyldes, at det ofte er en sygeplejerske, som laver årskontrollerne for mange somatiske lidelser, men at årskontrol for psykiatriske lidelser ikke selvstændigt kan uddelegeres til sygeplejersker[7].

En anden væsentlig faktor for dette kan være de såkaldte “glemte patienter” som også pointeres i artikel Bond Lind et al (2022)[6]. Dette er patienter som falder uden for indkaldelse og ikke selv retter henvendelse til praksis. De sårbare har oftere lavere egenomsorg og behov for ekstra støtte til at møde op til forebyggende kontrol. Det kræver

derfor en intensiveret og opsøgende strategi for at sikre at denne patientgruppe får lavet relevante og rettidige årskontroller.

### **Mangelfuld kodning i journal**

I de 3 klinikker er der stor variation i prioriteringen af kodning. For at kunne trække data som vi har gjort, er det en grundlæggende forudsætning, at kontakter og patienter er kodet korrekt, så der kan søges på diagnosekoder. Nogle klinikker er mere systematiske med kodning end andre, hvor der kodes ved hver patientkontakt samt ved gennemlæsning af epikriser. Således er det nemmere at skabe overblik og få et opdateret billede over klinikkens patientpopulation ved datatræk i statistikmodulet.

Et alternativ er at søge på ATC-koder. Det er væsentligt mere omstændigt, da indikationen for antipsykotika er bred og favner mange andre diagnoser end skizofreni. Der er også mange forskellige præparater, som kan anvendes til skizofreni. Yderligere er det en ulempe at patienter, som ikke er i medicinsk behandling, ikke kan fremsøges. Disse patienter er en sårbar gruppe og bør fortsat følges i forhold til tilbagefald[1].

### **Dataudtræk - XMO vs. EG Clinea**

De to af klinikkerne havde XMO som styresystem. Vi fandt statistikmodulet i XMO nemt og simpelt at anvende til søgning af både diagnosekoder og ATC-koder. Statistikmodulet genererede patientlister inden for de valgte søgekriterier, hvorefter vi lavede opslag i de enkelte patientjournaler for indsamling af data.

Ved datasøgning i EG Clinea var arbejdsgangen langsom og ufleksibel. Faktisk var systemet så besværligt at søge data i, at supportlinje hos udbyderen måtte kontaktes med henblik på at lette arbejdsgangen. Med støtte fra IT-supporteren blev patientlisten genereret. Dog kunne man ikke sortere på flere søgekriterier ad gangen, hvilket vanskeliggjorde processen og blev opfattet som en ringe brugervenlighed. Det kan fra brugerens perspektiv mindske interessen og incitamentet for at bruge statistikmodulet til blandt andet kvalitetsarbejde og optimering af arbejdsgange.

### **Samfundsøkonomisk aspekt**

Flere gange dagligt tager praktiserende læger stilling til relevansen af en undersøgelse eller behandling med tanke på bivirkninger, effekt og ikke mindst pris. På samme måde har vi

gjort os tanker om relevansen af årskontroller i denne forskningstræningsopgave. Hvad nytter det i forhold til borgere med skizofreni, og er der noget at vinde?

Det er universelt kendt, at det danske sundhedsvæsen er bygget op omkring almen praksis som gatekeeper for de øvrige aktører. I 2023 havde 85 % af danskerne ifølge Danmarks Statistik kontakt til deres egen læge[8]. De samlede omkostninger til det danske sundhedsvæsen var ca. 266 milliarder i 2022 svarende til 10 % af BNP[9]. Udgifterne til almen praksis udgjorde 11,3 milliarder samme år. Til sammenligning viser data fra Sundhedsstyrelsen, at samlede omkostninger til psykisk sygdom i 2015 var 110 milliarder. Data på sygdomsniveau viser, at de direkte omkostninger ved lidelsen skizofreni var 3 milliarder i 2017-2018[10]. Således kan det konkluderes, at psykisk sygdom, herunder skizofreni, har en væsentlig tyngde på den sundhedsøkonomiske vægtskål.

En indlæggelse i psykiatrien koster ca. 6000 per døgn[11]. Et studie af Nielsen et al. fra 2008 viste, at borgere med skizofreni, der havde kontakt til egen læge efter indlæggelse i psykiatrien, havde færre indlæggelsesdage i de kommende 12 måneder sammenlignet med borgere, der ikke havde kontakt til egen læge[3]. Forskellen var 39 indlæggelsesdage mod 96 indlæggelsesdage, en forskel på 54 dage svarende til 342.000 kroner sparet. De skizofrene i studiet kontaktede egen læge med somatiske tilstande og havde samme hyppighed af kontakter som baggrundsbefolkningen.

Imidlertid har vi ikke data til at underbygge, at der er endnu bedre forebyggelse ved en årskontrol af psykisk lidelse end af somatisk lidelse eller almen konsultation med fokus på somatisk lidelse. Man kunne dog forestille sig, at det var tilfældet, og at der er flere gevinster ved at tale om den psykiske sygdom regelmæssigt. Herunder kan man forestille sig, at det bedrer indsigten i patientens tilstand og udsving heri, hvilket giver et bedre udgangspunkt for at tilrette den medicinske behandling. Muligvis vil man også kunne forebygge indlæggelser i både somatisk og psykiatrisk regi. Om det er tilstrækkeligt, at vi ser skizofrene med konkurrerende somatisk tilstand til årskontrol, er således uvist og ikke underbygget af data.

### **Manglende ensartet guidelines for opfølgning for antipsykotika/skizofreni**

DSAM har ikke udarbejdet guidelines eller instrukser til brug i almen praksis. De manglende ensartede guidelines og retningslinjer for kontrol og opfølgning af patienter med skizofreni og antipsykotisk behandling i almen praksis udgør en problematik i sikringen af kvaliteten og

systematikken i praksis[6]. Det er meget individualiseret klinikkerne imellem, hvordan og hvor ofte de årlige kontroller bliver foretaget - nogle praksisser har årlige kontroller mens andre har ad-hoc. Dette kan også ses blandt de 3 klinikker, vi hver især arbejder i. Resultatet af dette er formentlig manglende kontroller hos nogle patienter, især de sårbare. I sidste ende kan dette have fatale konsekvenser for patienten[4]. Imidlertid kan det diskuteres, om man kan sætte et succesmål for antallet af årskontrol, men både studier og vores data viser, at øget fokus har en positiv indvirkning på det psykiske velbefindende og giver færre indlæggelser.

## **Kliniske implikationer**

Som beskrevet i diskussionen vil manglende ensartethed i kontrol/opfølgning af skizofrene patienter i almen praksis medføre, at nogle patienter ikke får tilstrækkelig monitorering og kontrol - og heraf forsinket diagnosticering af bivirkninger og følgesygdomme. For at komme dette i møde, vil det være fordelagtigt, hvis man udarbejdede nationale instrukser/retningslinjer for årskontroller af denne patientgruppe i almen praksis.

Eksempel på instruks samt frase for kontrol kunne være som følgende:

(Udarbejdet i Chat GPT[12] - "Lave en instruks/retningslinje for almen praksis til kontrol af skizofreni/antipsykotika patienter?" - Herefter spurgt til "lave en praksis venlig frase til årskontrol?").

### **Instruks - Kontrol af patienter med skizofreni / antipsykotika-behandling**

#### **Formål**

At sikre systematisk og helhedsorienteret opfølgning af patienter med skizofreni og/eller behandling med antipsykotiske lægemidler i almen praksis, herunder monitorering af effekt, bivirkninger, somatisk helbred og behandlingsalliance.

#### **Målgruppe**

- Patienter diagnosticeret med skizofreni eller anden psykotisk lidelse
- Patienter i behandling med antipsykotisk medicin (uanset diagnose)

#### **Ansvar**

- Praktiserende læge har ansvar for koordinering af kontrol og somatisk monitorering.
- Sygeplejerske/klinikpersonale kan varetage dele af kontrollen efter delegation (fx blodprøver, BT, vægt, EKG).
- Samarbejde med psykiatrien bør ske ved behov for justering af behandling, forværring eller tvivl.

## Kontrolprogram

### 1. Ved opstart af antipsykotisk behandling

*(evt. i samarbejde med psykiatrien)*

#### Anamnese og objektiv undersøgelse:

- Psykotiske symptomer, søvn, angst, stemningsleje
- Vægt, BMI, taljemål, blodtryk, puls
- Familieanamnese for metabolisk sygdom

#### Paraklinik:

- HbA1c og faste-glukose
- Lipidstatus (total, HDL, LDL, triglycerid)
- ALAT, evt. øvrige levertal
- TSH (ved mistanke om thyroideapåvirkning)
- Kreatinin/eGFR
- EKG (QTc)

### 2. Kontrolplan (løbende opfølgning)

<u>Tidspunkt</u>	<u>Fokusområder</u>	<u>Paraklinik/objektive data</u>
<u>1 måned</u>	Effekt, bivirkninger, sedation, compliance	BT, vægt, evt. bivirkning score
<u>3 måneder</u>	Vægt, BT, sedation, EPS, motivation, alliance	Vægt, BMI, BT, EKG ved QTc-risiko
<u>6 måneder</u>	Stabilitet, metaboliske bivirkninger	HbA1c, lipidstatus, ALAT
<u>Herefter hvert 6.-12. måned</u>	Somatisk helbred, vægt, blodtryk, psykotiske symptomer, sociale forhold	Vægt, BMI, BT, HbA1c, lipider, ALAT, EKG efter behov

### **3. Kliniske vurderinger ved hver kontrol**

- **Psykisk status:** hallucinationer, vrangforestillinger, negative symptomer, funktionsevne, søvn, angst, affekt.
- **Compliance:** medicinindtagelse, motivation, bivirkninger.
- **Bivirkninger:**
  - Ekstrapyramidale (rysten, stivhed, akatysi)
  - Metaboliske (vægt, diabetes, dyslipidæmi)
  - Seksuelle (libido, impotens, menstruationsforstyrrelser)
  - Sedation, obstipation, ortostatisk hypotension
- **Somatik:** vægtudvikling, BT, metaboliske risikofaktorer, EKG ved behov.

### **4. Særlige forhold**

- Rygestop: kan påvirke serumkoncentration af visse antipsykotika (fx clozapin, olanzapin).
- Clozapin: særskilt monitoreringsprogram via psykiatrien (blodbilledkontrol m.m.).
- Kvinder: drøft prævention, menstruation, evt. prolaktinpåvirkning.
- Samarbejde: koordiner med psykiatrisk behandler, kommune (social støtte, beskæftigelse) og pårørende.

### **5. Henvisning / kontakt psykiatrien ved:**

- Manglende effekt eller forværring af psykotiske symptomer
- Uacceptable bivirkninger
- Mistanke om misbrug, suicidalfare eller dårlig compliance
- Behov for dosisjustering udenfor egen kompetenceområde

## Fraser til Årskontrol skizofreni/årskontrol[12]

### Anamnese:

Pt i stabil behandling med [navn og dosis på antipsykotikum]. Ingen forværring af psykotiske symptomer, hallucinationer eller vrangforestillinger. Stemningsleje stabilt. Søvn og appetit [kort vurdering]. Ingen misbrug. Oplever evt. [bivirkninger / sedation / vægtændring / obstipation / seksuelle bivirkninger].

### Compliance:

Tager medicinen som ordineret. God behandlingsalliance.

### Objektivt:

BT: \_\_\_ / \_\_\_ mmHg - Puls: \_\_\_

Vægt: \_\_\_ kg (ændring: \_\_\_ kg siden sidst)

BMI: \_\_\_ Taljemål: \_\_\_ cm

EKG: [normal / QTc \_\_\_ ms]

### Paraklinik:

HbA1c \_\_\_ mmol/mol - Lipider: [total \_\_\_ / HDL \_\_\_ / LDL \_\_\_ / TG \_\_\_]

ALAT \_\_\_ U/L - Kreatinin/eGFR \_\_\_

Evt. prolaktin \_\_\_

### Vurdering:

Stabil skizofreni / psykotisk lidelse i vedligeholdelsesbehandling. Ingen kliniske tegn på forværring. Ingen signifikante bivirkninger udover [angiv hvis relevant].

Metaboliske parametre [acceptable / let påvirkede].

### Plan:

- Fortsætter nuværende behandling uændret.
- Rådgivning om kost, motion, rygestop.
- Årlig somatisk kontrol inkl. metabolisk screening.  
Kontakt psykiatrien ved ændring i symptomer eller bivirkninger.
- Evt. opfølgning om \_\_\_ mdr.

## **Konklusion**

Vi har via dataindsamling undersøgt, om der udføres relevante årskontroller af skizofrene i 3 vestjyske klinikker. Resultatet viser, at der er en stor variation i raten af udførte årskontroller, herunder udførelsen af EKG og relevant biokemi. Især én klinik skiller sig ud med 100 % udførte årskontroller indenfor de seneste 18 måneder hos patienter med diagnosen P72 eller F20. Denne klinik arbejder systematiseret med diagnosekodning og er opsøgende ift. netop denne patientgruppe. Resultaterne af vores audit og gennemgået litteratur viser, at et øget fokus på de sårbare patienter medfører højere rate af udførte årskontroller. Det er således vigtigt, at klinikken retter henvendelse til patienterne, da denne gruppe er i øget risiko for somatisk komorbiditet. Litteratur viser en positiv sammenhæng mellem antallet af kontakter til egen læge og risikoen for indlæggelser i psykiatrien, hvilket styrker det samfundsøkonomiske incitament for årskontrol af skizofreni.

## Referenceliste

- [1] “Skizofreni - Lægehåndbogen på sundhed.dk.” Accessed: Oct. 30, 2025. [Online]. Available: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/psykoser/skizofreni/>
- [2] M. Nordentoft *et al.*, “Excess Mortality, Causes of Death and Life Expectancy in 270,770 Patients with Recent Onset of Mental Disorders in Denmark, Finland and Sweden,” *PLoS One*, vol. 8, no. 1, p. e55176, 2013, doi: 10.1371/journal.pone.0055176.
- [3] B. Nielsen, A. Moltke, J. KraghtLarsen, and P. Grinsted, “Færre genindlæggelser af patienter med skizofreni med kontakt til egen læge,” *Ugeskr Laeger*, 2008.
- [4] P. Kugathasan, “Somatik og overdødelighed,” *Ugeskriftet for læger*, pp. 1–4, Feb. 2018, Accessed: Oct. 30, 2025. [Online]. Available: [https://content.ugeskriftet.dk/sites/default/files/scientific\\_article\\_files/2018-02/V07170573\\_1.pdf](https://content.ugeskriftet.dk/sites/default/files/scientific_article_files/2018-02/V07170573_1.pdf)
- [5] “Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser | Fagperson| Sundhedsstyrelsen.” Accessed: Oct. 30, 2025. [Online]. Available: <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Ansvarlig-medicinering/Vejledninger-paa-laegemiddelomraadet/Behandling-med-psykofarmaka-af-voksne-med-psykiske-lidelser-og-adfaerdsforstyrrelser>
- [6] J. V. B. Lind, A. S. Bang-Larsen, and M. BondoChristensen, “Kvalitetsudvikling: hvordan får vi de psykisk sårbare til årskontrol,” *Månedsskrift for almen praksis*, 2022.

- [7] STPS, “Værd at vide om delegation af forbeholdt virksomhed og skriftlige instrukser i almen praksis 2024,” Feb. 2024, Accessed: Oct. 30, 2025. [Online]. Available: <https://stps.dk/Media/638440973161412187/V%c3%a6rd%20at%20vide%20om%20delegation%20af%20forbeholdt%20virksomhed%20og%20skriftlige%20instrukser%20i%20almen%20praksis%202024.pdf>
- [8] “NYT: Kommunale forskelle i lægebesøg - Danmarks Statistik.” Accessed: Oct. 30, 2025. [Online]. Available: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/nyt/NytHtml?cid=51066>
- [9] “Hospitalerne står for 45 pct. af landets sundhedsudgifter - Danmarks Statistik.” Accessed: Oct. 30, 2025. [Online]. Available: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/bagtal/2023/2023-10-11-sundhedsudgifter2022>
- [10] R. F. ; Olsen, A. ; Mertz Poulsen, P. ; Vendsborg, L. ; Knudsen, and E. Tranberg, “Tal & Fakta om psykisk sygdom i Danmark (Online)”, Accessed: Oct. 30, 2025. [Online]. Available: [www.psykiatrifonden.dk](http://www.psykiatrifonden.dk)
- [11] “Takstsystem 2025 Vejledning,” 2024.
- [12] “ChatGPT.” Accessed: Oct. 30, 2025. [Online]. Available: <https://chatgpt.com/>

## Bilag

### Klinik 1

Patient	Tid siden seneste årskontrol for skizofreni	Seneste årskontrol 0120/0121	EKG	Biokemi	Relevant Biokemi, levertal, HbA1c og lipider	Køn	Alder
1	-	-	-	-	-	M	48
2	16 mdr.	24.05.24	Ja	Ja	Ja	M	87
3	7 mdr.	24.01.25	Ja	Ja	Ja	K	40
5	5 mdr.	26.03.25	Ja	Ja	Ja	M	38
6	-	-	-	-	-	M	24
8	-	-	-	-	-	K	24
9	2 mdr.	26.06.25	Nej	Ja	Ja	K	67
10	11 mdr.	30.09.24	Ja	Ja	Ja	K	59
12	-	-	-	-	-	M	49
13	14 mdr.	24.06.24	Ja	Ja	Ja	M	68
14	1 mnd.	11.08.25	Ja	Ja	Ja	M	60
16	49 mdr.	26.07.21	Nej	Ja	Ja	M	39
17	6 mdr.	12.03.25	Ja	Ja	Ja	M	42
21	-	-	-	-	-	K	24
23	-	-	-	-	-	M	30
25	19 mdr.	08.02.24	Ja	Ja	Ja	M	25
26	-	-	-	-	-	M	56
28	1 mnd.	21.08.25	Ja	Ja	Ja	K	69
29	-	-	-	-	-	M	37
31	3 mdr.	16.06.25	Ja	Ja	Ja	K	53
32	6 mdr.	18.03.25.	Ja	Ja	Ja	K	60
33	16 mdr.	22.05.24	Ja	Ja	Ja	K	53

Klinik 2

Patient	Tid siden seneste årskontrol for skizofreni	Seneste årskontrol 0120/0121	EKG	Biokemi	Relevant Biokemi, levertal, HbA1c og lipider	Køn	Alder
1	7 mdr	feb. 25	Nej	Ja	Ja	K	64
2	4 mdr	maj 25	Nej	Ja	Nej (Mangler Hba1c + lipider)	K	71
3	8 mdr	jan. 25	Ja	Ja	Ja	M	41
4	0 mdr	aug. 25	Ja	Ja	Nej (mangler levertal)	M	64
5	3 mdr	juni 25	Nej	Ja	Ja	M	53
6	0 mdr	aug. 25	Ja	Ja	Ja	M	31
7	0 mdr	Sept 25	Ja	Ja	Ja	M	33
8	5 mdr	marts 25	Ja	Ja	Ja	K	47
9	3 mdr	maj 25	Ja	Ja	Ja	M	44
10	3 mdr	maj 25	Ja	Ja	Ja	M	25
11	8 mdr	jan. 25	Nej	Ja	Ja	M	51
12	2 mdr	juni 25	Ja	Ja	Ja	K	25
13	8 mdr	jan. 25	Nej	Ja	Ja	K	38

Klinik 3

<b>Patient</b>	<b>Tid siden seneste årskontrol for skizofreni</b>	<b>Seneste årskontrol 0120/0121</b>	<b>EKG</b>	<b>Biokemi</b>	<b>Relevant Biokemi, levertal, HbA1c og lipider</b>	<b>Køn</b>	<b>Alder</b>
1	32 mdr	11-01-2023	Nej	Ja	Ja	K	69
2	15 mdr	10-06-2024	Ja	Ja	Ja	M	63
3	-	-	-	-	-	K	34
5	1 mdr	28-08-2025	Nej	Ja	Nej	K	75
6	9 mdr	06-12-2024	Ja	Ja	Ja	M	38
7	8 mdr	13-01-2025	Ja	Ja	Ja	M	74
8	-	-	-	-	-	K	43
9	-	-	-	-	-	K	43
10	19 mdr	08-02-2024	Ja	Ja	Ja	M	56
12	15 mdr	28-05-2024	Ja	Ja	Ja	K	47
13	-	-	-	-	-	M	54